

HuisartsenService

NR. 3 | 2026

Focus

De laatste fase

Palliatieve zorg in de eerstelijns

Longarts

Sander de Hosson

'Het leven wordt afgepeld als je de dood in de ogen kijkt'

Vrije tijd en inspiratie

Wanja Flantua

'Ik ben ervan overtuigd dat zorg beter wordt door kennisdeling'



NIEUWE RUBRIEK

Rooksignaal

i.s.m. Trimbos-instituut



IN BEELD

Praktijkhoudend huisarts

Els Struijk, Emmen

Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl



(cover)foto: Tom Cornelisse



HuisartsenService is een magazine voor en door huisartsen. Dit jaar verzorgt huisarts Jan Huizinga het voorwoord.

De kracht van persoonlijke zorg

De huisartsenzorg is voortdurend in beweging. Nieuwe technologieën, veranderende patiëntverwachtingen en een groeiende zorgvraag vragen om flexibiliteit en innovatie. Tegelijkertijd blijft de essentie van ons vak onveranderd: de huisarts is en blijft het eerste aanspreekpunt voor mensen die behoefte hebben aan deskundigheid, vertrouwen en persoonlijke aandacht. Juist nu de druk op de zorg toeneemt, is het belangrijk die kernwaarden te blijven koesteren.

De toekomst biedt volop kansen. Digitale toepassingen en kunstmatige intelligentie kunnen administratieve lasten verminderen, diagnostiek ondersteunen en de zorg efficiënter maken. Maar technologie mag nooit een doel op zich worden. De uitdaging is om innovaties zo in te zetten dat zij de relatie tussen huisarts en patiënt versterken. Uiteindelijk maken aandacht, empathie en een goed gesprek nog altijd het verschil.

In deze editie van HuisartsenService vind je inspirerende verhalen die deze ontwikkelingen vanuit verschillende perspectieven belichten. Sander de Hosson laat zien hoe open gesprekken over kwetsbaarheid en het levenseinde kunnen bijdragen aan betere zorg. Huisarts Els Struijk bewijst dat persoonlijke en toegankelijke huisartsenzorg, ook in een solopraktijk, mogelijk blijft door samenwerking en ondernemerschap. Daarnaast verkennen we de kansen én dilemma's van digitalisering en de vraag hoe technologische vooruitgang hand in hand kan gaan met blijvend mededogen.

Wij wensen je veel leesplezier en hopen dat deze editie inspireert tot nieuwe inzichten en een toekomstbestendige huisartsenzorg, waarin de menselijke maat altijd centraal blijft staan.

Jan Huizinga, Huisarts

INHOUD

Focus: De laatste fase - Palliatieve zorg in de eerstelijns	4
Interview: Sander de Hosson	8
'Het leven wordt afgepeld als je de dood in de ogen kijkt'	
HuisartsenService Nieuws	12
In Beeld: Els Struijk Praktijkhoudend Huisarts	14
'Je bent als een havik, je observeert maar herkent niet alles'	
Advertorial: AstraZeneca	16
Gezond Recept	19
Selectie	20
Advertorial: Viatris	22
Juridisch: Eldermans Geerts advocaten in de zorg	27
Illustratie: Martine Kelder	28
ZonMw: Betere gesprekken leiden tot betere zorg voor mensen in kwetsbare omstandigheden	31
Advertorial: L'Oréal	32
Column: Leonard Hofstra As low as you can go	35
Vrije tijd en inspiratie: Wanja Flantua	36
'Op een festival komen verschillende disciplines samen'	
Opinie: Wolter Paans	40
Een beschouwing over de moderne zorgverlening volgens Aristoteles	
Instituut Verantwoord Medicijngebruik:	43
FTO-module over post-COVID	
Interview: Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP)	44
Selectie	48
Rooksignaal	49
Advertorial: Kenvue	50
Uit GeneesmiddelWijzer: Sick days	53
Interview: Michelle Sprockel	54
'Ik streef ernaar om huid en ziel te verbinden'	
Column: Frans-Joseph Sinjorgo Preventie pretentie	57
Huisarts-Nascholing.nl Uitgelicht	58
Huidzaken	59

COLOFON HuisartsenService is een kwartaalmagazine en wordt gratis verspreid onder huisartsen, physician assistants en verpleegkundig specialisten. **UITGEVER** MedWay Interactive BV, Postbus 1199, 3860 BD Nijkerk, 033-2471171, info@huisartsenservice.nl, www.huisartsenservice.nl **COÖRDINATIE MAGAZINE EN ADVERTENTIE EXPLOITATIE** HuisartsenService, info@huisartsenservice.nl, www.huisartsenservice.nl, 033-2471177 **REDACTIE** buro33, www.buro33.nl **DTP** buro33 **DRUK** Dex **COPYRIGHT** Op alle artikelen en fotografie in dit magazine rust auteursrecht. Prijswijzigingen en drukfouten voorbehouden. Gebruik of verspreiding zonder toestemming van de uitgever is verboden. **DISCLAIMER** MedWay Interactive BV en bij deze uitgave betrokken medewerkers aanvaarden geen enkele aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen die zouden kunnen voortvloeien uit het gebruik van de in deze uitgave opgenomen informatie. Uitspraken die worden gedaan in de gepubliceerde interviews zijn van de geïnterviewde en hoeven niet overeen te komen met de mening van de redactie en uitgever. MedWay Interactive BV neemt geen verantwoordelijkheid voor mogelijke drukfouten, dan wel voor door derden aangeleverde tekst- en/of beeldmateriaal. Wil je HuisartsenService Magazine ook ontvangen of wil je een adreswijziging doorgeven, scan dan de QR-code.



De laatste fase

Palliatieve zorg in de eerstelijns

Palliatieve zorg is een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg en is onlosmakelijk verbonden aan de eerstelijnszorg. In Nederland overlijden jaarlijks ruim 170.000 mensen, waarvan naar schatting twee derde palliatieve zorg nodig heeft. Dat betekent dat vrijwel iedere zorgverlener hier in de praktijk mee te maken krijgt. Toch is het ook een vorm van zorg die onder druk staat. Want veel huisartsen zijn toch vooral ingesteld op het weer op de been brengen van hun patiënten. Maar hoe ga je om met zorg waarin feitelijk alleen nog maar de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten centraal staat, wanneer genezing niet (meer) mogelijk is? En wie heeft in dat traject welke verantwoordelijkheden?

In Nederland speelt de huisarts een cruciale rol in het verlenen van palliatieve zorg, vooral in de thuissituatie, maar doorgaans ook als een patiënt bijvoorbeeld is opgenomen in een zorginstelling. De huisarts is in de meeste gevallen het eerste aanspreekpunt voor patiënten en hun familie. Daarnaast is het de taak van de huisarts om hen te begeleiden tijdens een van de meest kwetsbare periodes van hun leven, omdat deze de patiënt en diens omgeving doorgaans ook goed kent en in de loop der jaren een vertrouwensband heeft opgebouwd. Dat maakt een huisarts bij uitstek geschikt om de wensen en behoeften van de patiënt in kaart te brengen, passende zorg te bieden en van diagnose tot aan het levenseinde betrokken te zijn bij het maken van zorgplannen, het voorschrijven van medicatie, het signaleren van problemen en het bieden van emotionele steun.

Nieuwe dynamiek

Tenminste, zo zou het moeten zijn. Maar de huisarts van 2026 is anders dan de 'traditionele' huisarts van weleer, die patiënten soms letterlijk van wieg tot graf zorg bood. Doordat het vak steeds meer door huisartsen wordt gedaan die niet fulltime werken, zien patiënten gedurende hun leven ook niet standaard meer altijd dezelfde huisarts. En dat maakt dat bepaalde zorgvragen in de laatste levensfase wellicht over het hoofd worden gezien, omdat niet altijd meer de kennis aanwezig is over de (thuis)situatie van een patiënt. In de

vergrijzende samenleving is ook de manier waarop zorg wordt geboden veranderd. Mensen blijven doorgaans langer thuis wonen, leunen op mantelzorgers, wijkverpleegkundigen en ouderenverpleegkundigen, er komen casemanagers ouderenzorg op een zorgtraject te zitten et cetera. Of in meer complexe gevallen komen zij onder behandeling van een geriater, of ze worden in een verpleeghuis of andere zorginstelling opgenomen. Dan kunnen zij uiteraard de eigen huisarts behouden, maar er komen ook daar weer extra mensen bij die een zorgtaak hebben. En in die dynamiek vervagen verantwoordelijkheden en weten patiënten of hun naasten in de toch al emotionele laatste fase soms niet meer bij wie ze moeten zijn voor zorgvragen en zorgverantwoordelijkheden.

'Palliatieve zorg moet steeds meer een multidisciplinaire samenwerking worden; op maat gerichte zorg'

Complexer zorglandschap

Het is ook niet altijd makkelijk, want mensen leven langer, krijgen door de hogere leeftijd doorgaans ook meer klachten en 'het einde' dient zich in veel gevallen niet plotseling aan, maar het sluipt er samen met de minder ernstige ouderdomsklachten vaak langzaam in. De huisarts heeft de taak om tijdig te signaleren wanneer een patiënt in de palliatieve fase belandt. Dit vraagt om een proactieve houding, waarbij niet wordt gewacht tot de patiënt zelf aangeeft zorg nodig te hebben, maar al in vroeg stadium actief het gesprek wordt aangegaan over de verwachtingen en wensen ten aanzien van zorg en behandeling. Juist in die dynamiek van wisselende zorgverleners of actieve mantelzorg thuis, waarbij met name die mantelzorgers de achteruitgang zien, schiet dit er in de eerstelijns steeds vaker bij in. Huisartsen hebben dan ook te maken met tijdsdruk, een groeiend aantal complexe patiënten en soms beperkte kennis of



ervaring met bepaalde aspecten van palliatieve zorg. Daarnaast kan het lastig zijn om tijdig het palliatieve traject te starten, of om alle betrokkenen op één lijn te krijgen. Want stel je constateert als huisarts wél dat het niet goed gaat met een patiënt, maar de mantelzorgers (doorgaans familieleden of andere naasten) willen dat niet accepteren? Het bespreekbaar maken van het naderend levenseinde blijft voor zowel zorgverleners als patiënten en hun familie soms een moeilijk onderwerp.

Verantwoordelijkheid nemen

Wel zijn er in het land steeds meer initiatieven om juist de eindfase zo goed mogelijk te begeleiden. Goede palliatieve zorg kan alleen tot stand komen door nauwe samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Heldere communicatie, zowel mondeling als schriftelijk, is van groot belang om misverstanden te voorkomen en continuïteit van zorg te waarborgen. Dit betekent onder andere dat de huisarts relevante informatie deelt met andere bij de zorg betrokken partijen en vice versa. En vooral dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden. Want daarover leeft niet alleen bij patiënten en hun naasten onzekerheid, maar zeker ook bij zorgverleners. Zo kunnen patiënten bij leven en welzijn nadenken over wensen rond medische behandelingen – of het staken daarvan – bij een bepaalde aandoening. Of over reanimatie. De patiënt kan wensen opschrijven in een wilsverklaring en daarover praten met de huisarts en naasten. Maar het

gebeurt nog met regelmaat dat deze wensen besproken zijn en op papier staan, bijvoorbeeld bij dementerende patiënten en dat de huisarts dan uiteindelijk toch de verantwoordelijkheid niet durft te nemen om te zeggen ‘deze patiënt is nu voorbij het zelf aangegeven punt’.

‘Goede palliatieve zorg kan alleen tot stand komen door nauwe samenwerking tussen verschillende zorgverleners’

Onzekerheid

Het is dan ook een ingrijpende beslissing en hoe daarmee omgaan wordt – en dat geldt voor palliatieve zorg in de breedte – is iets dat in de opleiding te weinig wordt meegenomen, zo blijkt uit de eerder dit jaar gepubliceerde landelijke enquête van Carend. Deze is gehouden onder 450 zorgprofessionals en daaruit blijkt dat de mate en diepgang van onderwijs over palliatieve zorg sterk variëren. Zo geeft 17,6 procent van de geënquêteerden aan tijdens de opleiding helemaal geen onderwijs over palliatieve zorg te hebben gehad en 41 procent minder dan vijf uur. De kwaliteit van

het onderwijs wordt bovendien wisselend beoordeeld: ruim 57 procent geeft een onvoldoende en nog eens 26,2 procent beoordeelt de kwaliteit als matig. “Bijna 80 procent van de zorgprofessionals die palliatieve zorg verleent, zegt zich daarbij wel eens onzeker te hebben gevoeld”, zo stelde Jules Souchon, longarts in opleiding en één van de onderzoekers, recent in een gesprek op NPO Radio 1. Zijn collega-onderzoeker geneeskundestudent Janna Rodewijk voegde toe dat de instinctieve reactie van zorgverleners behandelen is, óók in de palliatieve fase. Waardoor overbehandeling op de loer ligt. “Wij worden opgeleid om mensen te genezen. Ook voor verpleegkundigen en artsen is het soms moeilijk te accepteren dat iemand niet meer beter wordt. Vanuit de opleiding zijn we gewend om toch weer een bloedonderzoek te doen, of weer een longfoto te maken. Ook omdat er steeds meer behandelmogelijkheden zijn, wil je alles hebben geprobeerd. Maar soms doe je dat misschien ook om het lastige gesprek uit te stellen. Juist het gesprek waarin duidelijk wordt dat behandeling niet langer tot genezing leidt, krijgt binnen opleidingen nauwelijks aandacht. Ook longarts Sander de Hosson, zie het interview op pagina 8, vraagt hier aandacht voor. Een van zijn missies is ervoor zorgen dat palliatieve zorg een veel groter aandeel krijgt in de opleiding geneeskunde.”

‘Palliatieve zorg zou een veel groter aandeel moeten krijgen in de opleiding’

Overbehandeling

De overbehandeling waaraan wordt gerefereerd blijkt ook uit de eind 2025 gepresenteerde informatiekaart over de palliatieve zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daaruit blijkt dat de kosten voor zorg in de laatste levensfase in de afgelopen jaren fors zijn toegenomen. Het is uiteraard wrang dat de ‘wat kost het’ vraag ook altijd weer opdoemt, zelfs in de laatste levensfase. Maar de kosten hangen in deze ook stevig samen met kwaliteit van leven. Een deel van de patiënten maakt in deze fase namelijk meerdere ziekenhuisopnames mee, ook al sluiten deze opnames of behandelingen niet altijd aan bij hun voorkeuren. Dit geldt ook voor overlijden in het ziekenhuis. Uit de rapportage blijkt overigens wel heel sterk dat eigenlijk geen enkele patiënt in de palliatieve fase vergelijkbaar is. Zo hebben we het ook hier in dit artikel vooral over oudere patiënten. Logisch, de meeste palliatieve patiënten zijn dan ook in de leeftijdscategorie 80 tot 89 jaar en die maken vooral zorgkosten door de Wet

langdurige zorg (Wlz). Zeker vrouwen (omdat die gemiddeld ouder worden) hebben hierdoor gemiddeld hogere kosten dan mannen. Maar er overlijden natuurlijk ook jongere mensen. De mensen in de leeftijdscategorie 18 tot 40 jaar zonder kans op genezing hebben in het laatste levensjaar gemiddeld de hoogste kosten door intensieve medisch-specialistische zorg, omdat zij bewust elke kans op levensverlenging pakken. Deze groep is echter niet zo groot, nog geen half procent van het totaal aantal mensen dat palliatieve zorg nodig heeft.

‘Versterken van proactieve zorgplanning’

De NZa constateert op basis van hun cijfers dat een deel van de patiënten in de laatste maand van hun leven meerdere of langdurige opnames meemaakt, of overlijdt in het ziekenhuis. Dat kan een teken zijn van niet passende zorg (of overbehandeling) in de laatste fase. “De vraag naar palliatieve zorg groeit door vergrijzing en het toenemende aantal mensen met chronische ziekten, terwijl de beschikbaarheid van mantelzorgers en zorgprofessionals juist afneemt. Dit vergroot het risico op crisissituaties, onnodige ziekenhuisopnames en overlijden op een ongewenste plek”, zo stelde de NZa bij de publicatie van de informatiekaart. De zorgautoriteit stelt tegelijkertijd echter ook dat er in het land diverse stappen worden gezet om de palliatieve zorg toekomstbestendig te maken, maar daarvoor blijven gezamenlijke inspanningen nodig. “Belangrijke aandachtspunten zijn het versterken van proactieve zorgplanning, waarbij de wensen en behoeften voor zorg en ondersteuning in de laatste levensfase vroegtijdig worden besproken. Daarnaast is het van belang om mantelzorgers beter te ondersteunen, acute ziekenhuiszorg in de laatste levensfase te verminderen en samenwerking over de sectoren en domeinen heen te bevorderen.”

Waardig en betekenisvol

En dan kom je eigenlijk automatisch weer bij de huisarts die in dit alles de meest logische spil is. Met de vergrijzing en de toename van chronische ziekten zal de vraag naar palliatieve zorg de komende jaren alleen maar toenemen. Dit vraagt om een verdere versterking van de palliatieve zorg binnen de huisartsenpraktijk. Innovaties zoals digitale consultatie en telemonitoring kunnen daar in tijden van personeelsschaarste bij helpen. Maar palliatieve zorg moet ook steeds meer een multidisciplinaire samenwerking worden; op maat gerichte zorg. Protocollen zijn leidend, maar moeten ook met een gerust hart wat losgelaten kunnen worden als de situatie daarom vraagt. Door samen te werken, te blijven leren, oog te hebben voor de menselijke maat en oor voor de laatste wensen, kan de huisarts een steeds betere spil zijn in de zorg voor een waardig en betekenisvol levenseinde.



Praktische kennis binnen handbereik voor jou en je patiënt

Als zorgprofessional ben je vaak het eerste aanspreekpunt voor vragen van patiënten. Met Service+ heb je praktische kennis, e-learnings, zorgprogramma's en deskundige ondersteuning altijd binnen handbereik. Zo vind je sneller de juiste informatie, begeleid je patiënten met vertrouwen en houd je meer tijd over voor zorg.

Ontdek Service+ op mediq.nl/serviceplus-huisarts



at the heart of healthcare



Longarts, deskundige op het gebied van palliatieve zorg

Sander de Hosson

'Het leven wordt afgepeld als je de dood in de ogen kijkt'

Sander de Hosson is longarts, deskundige op het gebied van palliatieve zorg en (co)auteur van de boeken 'Slotcouplet' (2018), 'Leven toevoegen aan de dagen' (2023) en het begin dit jaar verschenen 'Game over'. Een van zijn missies is ervoor zorgen dat palliatieve zorg een veel groter aandeel krijgt in de opleiding geneeskunde.

"Toen ik een jaar of 17 was fietste ik regelmatig van Putten naar Hilversum, daar wilde ik later werken als journalist. Maar daar staken mijn ouders een stokje voor. Ik ben heel beschermd opgevoed en ze vonden dat in de journalistiek 'geen droog brood te verdienen was'. Dus werd het de studie geneeskunde in Groningen, net als mijn broer. De grote stad, met alles wat daarbij hoort, was voor mij een openbaring! Ik dook volledig het studentenleven in." *Lachend:* "Ik was een slechte student, ik vroeg niks en ik was er nooit! Ik leerde in de UB (Universiteitsbibliotheek) en haalde mijn tentamens wel. Maar met magere zesjes. Wel deed ik veel rondom het verenigingsleven; ik zat in commissies en schreef voor het verenigingsblad. Tijdens de coschappen – mét aanwezigheidsplicht – viel bij mij het kwartje. 'Jeetje wat is dit leuk!' dacht ik. Ik kwam terecht op de spoed in het UMCG en was daar niet weg te slaan. Ik was er 's ochtends om acht uur en om elf uur 's avonds nog. Ik vond het geweldig!"

Het vak ingerold

"Na mijn afstuderen heb ik gesolliciteerd in het Groningse Martiniziekenhuis, waar ik een jaar als basisarts op de afdeling Longziekten heb gewerkt. Omdat ik niet echt wist wat ik nou precies wilde, ben ik als het ware dit vak(gebied) ingerold en dat bleek ik erg leuk en interessant te vinden. Dus het ging van 'dan maar dit', naar 'wow, wat is dit leuk!' Het leuke aan het vak vind ik de mix van puzzelen en interne geneeskunde. Je bent probleemoplossend bezig, maar doet ook veel dingen zoals drains plaatsen, scopiëren, puncties et cetera. Daarnaast is het vak tweedelig; je hebt de acute en chronische kant. Het ene moment heb je te maken met iemand die acuut op de SEH wordt opgenomen, het

volgende moment ben je bezig met een patiënt met COPD. Daarbij hoort ook de palliatieve zorg, omdat iets aan de longen toch vaak een dodelijke aandoening is. Dat laatste stukje kwam voor mij onverwacht. Ineens was de dood overal aanwezig, maar de medische wereld is daar helemaal niet mee bezig. We zetten onder meer chemotherapie in om de dood juist weg te duwen. Er werd niet over de dood gepraat. Dat is zo'n 20 jaar later wel wat veranderd, maar nog niet genoeg. Daarom blijf ik aandacht vragen voor het hele stervensproces. Want we gaan allemaal dood, dat is onvermijdelijk."

'Palliatieve zorg gaat over de essentiële zaken in het leven'

Kracht van de kwetsbaarheid

"Juist de gesprekken die je aan kunt gaan met de patiënt over de dood vind ik verrijkend. Meestal voer ik zo'n gesprek in de weken/maanden na een diagnose. Het is een misvatting dat mensen er niet over willen praten. Juist de kracht van de kwetsbaarheid is zo mooi. Je kan tijdens het hele proces verschil maken als arts. Palliatieve zorg is een heel intiem proces; je kunt als arts het gesprek openleggen en dat is heel waardevol. Het is een van de mooiste aspecten van het vak, dat zullen velen beamen, omdat het echt over de essentiële zaken in het leven gaat. Het leven wordt afgepeld als je de dood in de ogen kijkt. Alles valt weg, alleen de basis is dan nog belangrijk. En dat gaat zoals velen denken dan vaak echt niet over nog een parachutesprong maken, maar over de relaties die je bent aangegaan in het leven, in de liefde, met je kinderen, vrienden. Mensen willen bijvoorbeeld nog een keer met dierbaren naar het strand, of naar hun ouderlijk huis. Maar ook dieren zijn in dit proces heel belangrijk. Ik vind dat als iemand die in het ziekenhuis ligt nog een keer zijn hond wil zien, we daar niet moeilijk over moeten doen. Dat moet gewoon geregeld worden. Ook zij zijn een belangrijk onderdeel van ons leven. Dat weet ik als geen ander, want er ligt nu wij zo praten een hond aan mijn voeten. Nu ik bijna 50 ben begrijp ik die 'basis' en de essentie van het leven nog veel meer."

A close-up portrait of a middle-aged man with thinning grey hair and light blue eyes. He is wearing a white button-down shirt and is looking off-camera to his right with a thoughtful expression. The background is a blurred outdoor scene with blue and grey tones.

**'Ik zie een anderhalvelijn voor me, met
palliatieve zorgspecialisten die nog meer
samenwerken met de huisarts'**

Herkend op straat

"Ik ben rond 2013 mijn ervaringen als longarts en de palliatieve zorg gaan delen in columns voor het magazine Medisch Contact. De zaak met de huisarts in Tuitjenhorn was voor mij de trigger. Deze arts had een stikkende, stervende, patiënt actieve palliatieve sedatie toegediend, waarna deze patiënt overleed. Vervolgens werd er met groot materieel een inval gedaan in zijn praktijk en werd hij gearresteerd. Het was echt een overmaat. Het bleek dat hij een te hoge dosering Dormicum had gegeven, maar wat mij vooral bijbleef is dat veel mensen helemaal niet wisten wat artsen wel en niet mogen en kunnen in de stervensfase. De huisarts raakte uiteindelijk in disbalans en pleegde suicide, heel triest. Deze zaak maakte dat ik wilde vertellen hoe processen lopen rondom stervende patiënten. Vervolgens ben ik gaan schrijven over alles wat ik meemaakte en tegenkwam. Mijn columns werden breed doorgeplaatst op sociale media en bleken heel populair. Zelfs op zo'n manier dat ik op een gegeven moment op de Grote Markt in Groningen herkend werd. Ineens was ik een bekend persoon... daar moest ik even aan wennen, want dat was toch behoorlijk absurd!" – *lacht*. "Het voelde ook een beetje als een uit de hand gelopen iets. Ik ben toen tijdelijk gestopt met schrijven. Ik wilde gewoon longarts zijn."

Een zombieopa

"In 2018 heb ik mijn columns gebundeld in het boek *'Slotcouplet'*. Het zijn stuk voor stuk verhalen waar emotie in zit. In coronatijd werd ik naar aanleiding van mijn columns benaderd om ook de andere kant te beschrijven; het hele palliatieve zorgproces van A tot Z. Dat werd het boek *'Leven toevoegen aan de dagen'* uit 2023. En sinds begin dit jaar is er *'Game over'*, een boek voor kinderen over de dood dat ik samen met Els Quaegebeur schreef. Het is een boek voor zeven- tot dertienjarigen waarin we heel open en eerlijk de dood bespreken en niks uit de weg gaan. Juist niet, want niet spreken over dingen is schadelijk. Toen mijn opa longkanker had, hielden mijn ouders hem bij mij weg. Mijn opa hoestte onder meer bloed op en zij vonden het niet geschikt dat ik dat zag. Maar in mijn fantasie werd dat juist een heel groot ding en zag ik mijn opa als een zombie waar overal bloed uit kwam. Zijn dood maakte mij juist heel angstig. Ik heb zelf twee kinderen van tien en twaalf en zij hebben meegelezen met *'Game over'*; tijdens het schrijven was het voor mij heel makkelijk om mij in kinderen te verplaatsen, juist door hen."



Huisarts als regisseur

"Tot 2000 werd er nauwelijks gesproken over de dood. Dat is langzaam veranderd, onder andere door pioniers als Els Borst (*voormalig minister van Volksgezondheid, overleden in 2014 - red.*). Zij hebben de weg opengemaakt en je hebt die mensen ook echt nodig. Want er niet over spreken was niet alleen schadelijk, het zorgde er ook voor dat de kennis en kunde rondom de stervensfase en palliatieve zorg niet optimaal was. Nu wordt er meer aandacht aan besteed in de opleiding, ook van de huisarts, en dat is heel erg belangrijk. De palliatieve zorg van huisartsen in Nederland is al van een hoog niveau, maar ik zou graag een anderhalvelijnszorg zien op dit gebied, met palliatieve zorgspecialisten die in deze fase nog meer samenwerken met de huisarts. Waarbij de huisarts altijd regisseur blijft, want ik vind het heel belangrijk dat er één kapitein op het schip is. Maar we kunnen elkaar nog veel meer opzoeken, bijstaan en aanvullen. Stoppen met roken bijvoorbeeld is ook een zorgtaak waar de huisarts actief bij betrokken is. Helaas stoppen mensen vaak pas als ze longkanker krijgen. Maar ook mensen met COPD hebben een slechtere prognose wanneer ze roken en ook obesitas en alcohol hebben een slechte invloed op de longen."

"De stervensfase vereist 24-uurs zorg, het zijn spannende momenten vooral in het weekend en tijdens de overdracht; daar wil de continuïteit nog wel eens spaak lopen. Dat is een aandachtspunt. Ik roep nu zo'n twintig jaar dat palliatieve zorg een veel groter aandeel in de opleiding geneeskunde zou moeten krijgen. We leren van alles, maar hoe we mensen moeten begeleiden in die allerlaatste fase nog nauwelijks. Dat moet echt anders. Dus bij deze roep ik alle huisartsen op mee te lobbyen, want blijkbaar moeten we nog veel harder roepen!"

Trouwen in de tuin van het ziekenhuis

Op de vraag of De Hosson een bijzondere anekdote heeft die indruk op hem heeft gemaakt onlangs, hoeft hij niet lang na te denken. "In juni was er een man, begin 60, die tijdens het wandelen in het bos zomaar ineens zijn been brak. Na uitgebreid onderzoek bleek zijn lichaam vol uitzaaiingen te zitten voortkomend uit longkanker. Chemotherapie was in deze fase niet meer mogelijk. Van het een op het andere moment was hij aan bed gebonden. En toen bleek hij nog maar één wens te hebben: trouwen. Iedereen in het ziekenhuis in rep en roer, maar de verpleging riep al meteen 'we gaan dit gewoon regelen!' en dat is gelukt. Uiteindelijk trouwde hij binnen twee dagen in de tuin van het ziekenhuis. Het was zo'n mooi moment en precies waar het leven en ook de zorg over gaat. Het is een eer om zo nabij mensen te mogen zijn in deze (stervens)fase."

DERCOS

DERMATOLOGICAL SCALP & HAIR EXPERT

AANBEVOLEN DOOR MEER DAN
80.000 DERMATOLOGEN¹

VERWIJDEERT
100% VAN DE
ZICHTBARE ROOS²

VOORKOMT
TOT 6 WEKEN
TERUGKEER³



VOOR/NA – KLINISCH BEWEZEN⁴

NA 4 WEKEN
BEHANDELING

BRENGT HET HOOFD-
HUIDMICROBIOOM
WEER IN BALANS



ANTI-ROOS ^{DS} SHAMPOO

1% SELENIUMDISULFIDE
ANTI-SCHIMMELWERKING
1% SALICYLZUUR
KERATOLYTISCH EFFECT

ALS MONOTHERAPIE OF AANVULLEND
BIJ MEDICATIE TE GEBRUIKEN

VICHY
LABORATOIRES



MEER WETEN EN ONTVANGEN?
Scan de QR code voor meer informatie,
patiëntenvolders of samples.

¹ Vragenlijst uitgestuurd in de dermacosmetica markt uitgevoerd door AplusA en andere partners tussen januari 2025 en juni 2025, onder dermatologen in 31 landen.
² Consumententest op 262 deelnemers – regelmatig gebruik gedurende 2 weken - Italië.
³ Klinische studie op 45 personen na 4 weken gebruik en 6 weken onderhoud.
⁴ Klinische studie op 45 personen, 3x/week gebruik. Beeld komt overeen met het gemiddeld behaalde resultaat.
⁵ Klinische studie met follow up naar de micro-organismen die een rol spelen bij roos, 56 personen, 3x/week gebruik gedurende 4 weken.

HUISARTSENSERVICE NIEUWS



HAS Research: Praktijkanalyse

HAS Praktijkanalyse helpt je om antwoord op kernvragen binnen de huisartsenpraktijk te krijgen door middel van objectieve data-analyse. Deelname biedt inzicht in de mate waarin de geleverde diabeteszorg binnen de praktijk aansluit bij de NHG-Richtlijn. Op basis van geanonimiseerde gegevens uit het ketenzorgdashboard analyseert de MedWay Researchmanager gezondheidsindicatoren en behandelgegevens van de DM2-populatie binnen de praktijk. De mate van implementatie van de actuele richtlijnen kun je vervolgens vergelijken met de regionale en landelijke benchmark. Zodoende biedt de praktijkanalyse een overzicht van aandachtspunten. Dé kans om als praktijk groei en verbetermogelijkheden te onderzoeken.

Benieuwd naar de mogelijkheden? Scan de QR-code of ga naar huisartsenservice.nl.



Nieuw in de portfolio: NCEP

Het doel van het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP) is om de zorg voor mensen met constitutioneel eczeem (CE) te verbeteren en het leveren van deze zorg door zorgprofessionals te ondersteunen. Behandeling van CE vergt een gepersonaliseerde vorm van zelfmanagement, vooral door het dagelijks toepassen van diverse zalven en het vermijden van uitlokkende factoren (triggers).

Het NCEP hoopt patiënten en zorgverleners hierbij te ondersteunen. En juist daar vonden we als HuisartsenService gedeelde grond. De kennis van NCEP en de persoonlijke ondersteuning van HuisartsenService vormen een voedingsbodem voor groei op het gebied van eczeemmanagement.

Zou je graag ondersteuningsmaterialen willen ontvangen? Vraag deze dan direct aan via de QR-code.



Bekijk onze nieuwe website!

Na hard werken is het zover: onze nieuwe website staat live! Het is dé plek waar je een helder overzicht vindt van onze diensten en de website fungeert als directe hulplijn voor iedere huisartsenpraktijk.

Zo kan je via onze website praktische materialen aanvragen, kennismaken met de adviseur in jouw regio en een nascholing vinden die bij je past. Je kunt de laatste interviews met je collega's lezen en je gratis (én vrijblijvend) registreren, of aanmelden voor een van onze research-activiteiten. Zo bouwen we samen aan de huisartsenzorg van morgen.

Benieuwd wat HuisartsenService voor jouw praktijk kan betekenen? Neem snel een kijkje op huisartsenservice.nl





Kenniskaart Veldbehandeling bij actinische keratose

Nu de herfst begint, ontstaat het uitgelezen moment om de balans op te maken van opgelopen zonschade. Hoewel zulke plekje's er soms onschuldig uitzien, is het belangrijk de juiste stappen te nemen.

Om je hierbij te helpen, heeft HuisartsenService in samenwerking met dermatoloog Prof. dr. Klara Mosterd (Maastricht UMC) de overzichtelijke Kenniskaart Veldbehandeling bij actinische keratose ontwikkeld. Deze Kenniskaart is volledig afgestemd op de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen en biedt een helder, compact en visueel ondersteuningsmiddel tijdens het consult.

Wil je de 'Kenniskaart Veldbehandeling' kosteloos ontvangen voor jouw spreekkamer? Vraag deze dan direct aan via de QR-code.



Stoptober: de rol van de zorgverlener

Nog een week voor Stoptober begint: een bewezen effectieve methode die ondersteunt bij het stoppen met roken.¹ Stoptober vormt daarom een mooi moment om op een laagdrempelige manier het roken onder de aandacht te brengen bij patiënten.

Zorgverleners opgelet! Het is namelijk bewezen dat een stopadvies van een zorgverlener vaker leidt tot een stoppoging.¹ Bovendien blijkt dat iemand die vier weken lang niet heeft gerookt, vijf keer zoveel kans heeft om definitief te stoppen met roken.¹

Om jou als zorgverlener te helpen biedt HuisartsenService verschillende praktische materialen, die jou helpen het juiste stopadvies te geven.

Benieuwd? Vraag deze dan direct aan via de QR-code.



1 - bron: Trimbos Instituut:
<https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/campagnes-voor-een-rook-en-nicotinevrije-samenleving/stoptober/>



HuisartsenService en Hormonen

Artsen signaleren een zorgwekkende trend: vrouwen met vrouwspecifieke klachten zoeken steeds vaker hulp bij zogenoemde hormooncoaches.¹ Vrouwen geven soms veel geld uit aan adviezen en behandelingen bij deze coaches, die volgens artsen niet altijd bewezen effectief zijn.¹ Volgens gynaecologen is het essentieel dat de reguliere zorg op het gebied van vrouwspecifieke aandoeningen verbetert.¹

Bij HuisartsenService ondersteunen we de huisartsenzorg van morgen. Met praktische materialen helpen we jou als zorgverlener om het gesprek met de patiënt goed te voeren. Bijvoorbeeld met heldere en toegankelijke informatie over anticonceptie en hormoonsuppletie therapie.

Scan de QR-code om de informatie aan te vragen.



1 - bron: Nieuwsuur
<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2609996-artsen-zien-vrouwen-uitwijken-naar-hormooncoaches-en-dat-is-niet-zonder-risico>

Praktijkhoudend huisarts

Els Struijk

'Het leuke aan een solopraktijk vind ik dat je het hele plaatje voorbij ziet komen'

In de rubriek In Beeld zet HuisartsenService iedere editie een eerstelijnszorgverlener in de spotlight. Deze keer is dat Els Struijk, solo praktijkhoudend huisarts in Huisartspraktijk Struijk in Emmen.

Van Delfzijl naar Amsterdam en weer terug naar het noorden. Het noorden bleef trekken?

"Jazeker. Ik ben geboren in Delfzijl en had daar een hele fijne jeugd. Toen ik ging studeren in 'de grote stad', Amsterdam in mijn geval, was dat geweldig. Het voelde als een positieve cultuurschok. Maar ik verlangde weer terug naar waar ik vandaan kwam. De huisartsopleiding in Groningen voelde als een logische stap, om voor mij als noorderling weer terug te gaan naar waar het allemaal begon. Na mijn huisartsopleiding in Groningen en zo'n elf jaar waarnemen ben ik sinds vier jaar solo praktijkhouder vanuit Huisartspraktijk Struijk in Emmen. De samenwerking met mijn collega's en de fijne hagro (huisartsengroep) van zes mensen die ik om me heen heb, is heel erg prettig. Ik werk viereneenhalve dag en mijn man is huisman, samen hebben we drie kinderen"

Huisman, dat hoor je niet zo vaak!

"Wij hebben daar heel bewust voor gekozen. Op die manier creëren we thuis rust en regelmaat en is alles goed verdeeld. Als vrouw kun je ook gewoon fulltime werken. En doordat ik een halve dag per week vrij heb, geeft dat ook ruimte voor ontspanningsmomenten. In het begin was een solopraktijk best even wennen. Je moet elkaar natuurlijk leren kennen en alle processen in kaart brengen. Dat moet je allemaal gaandeweg leren. Ook de patiënten leer je steeds beter kennen en die waarderen het weer heel erg dat ze een vast aanspreekpunt hebben. Het grappige is dat we in Emmen in totaal vier solopraktijken hebben, allemaal gerund door vrouwen. We doen samen nascholingen, nemen elkaar over tijdens vakanties en kunnen op elkaar terugvallen. Het voelt hier in Emmen als een warm bad."

Wat vind je het leukste aan je vak?

"Als de dag begint heb je geen idee wat er allemaal voorbij zal komen. Elk kwartier is anders. Ik vind het een

heerlijk vak, dat tegelijk ook moeilijk te doorgronden blijft. Je bent als een havik, je observeert maar herkent niet alles. Het leuke aan een solopraktijk vind ik dat je het hele plaatje voorbij ziet komen. De jongedame bij wie je een spiraal hebt verwijderd, zie je vervolgens zwanger, om daarna op kraamvisite te gaan thuis en nog weer later zie je de peuter. In de spreekkamer kun je de tijd nemen voor je patiënten. De lijnen met het Treant ziekenhuis hier zijn kort, zowel met de spoeddienst als de huisartsenpost, dat is erg prettig. Op straat moet ik varen op mijn klinische blik... dat blijft altijd spannend. Naarmate je ouder wordt krijg je steeds meer vertrouwen in je eigen inschattingsvermogen. Het is een mooi én pittig vak met vele facetten. Wel vind ik het jammer dat altijd nog veel vrouwen kiezen voor een parttime dienstverband, want dit komt de continuïteit mijns inziens vaak niet ten goede."

'Ik vind het jammer dat veel vrouwen kiezen voor een parttime dienstverband, want dit komt de continuïteit vaak niet ten goede'

"Naast mijn drukke baan zoek ik thuis ontspanning, samen met mijn gezin. Lekker buiten en in de tuin, zwemmen of een legpuzzel maken. En ik ga graag naar rommelmarkten, even snuffelen. Ik vind het ook altijd een mooie bewustwording, dat niet alles nieuw hoeft te zijn."

Tegenwoordig run je een bedrijf als praktijkhouder, hoe gaat dit jou af?

"Er drukt een enorme papierlast op de schouders van de huisarts. Er zijn te veel paarse krokodillen; het zou fijn



zijn als het ons wat makkelijker gemaakt zou worden. Pas moesten we grieprikken midden in de nacht aanvragen, dat snap ik echt niet. De zorg staat onder grote druk en alles wordt ook steeds maar duurder. We moeten het rendabel houden met elkaar én leuk! We willen goede zorg leveren, samen met de tweedelij, maar de 24-uurs maatschappij waarin we leven is veeleisend. Toch denk ik dat het goed mogelijk is, ik bewijs dat ook. Je hoeft niet alles alleen te doen als je het even niet meer weet. Je kunt hulptroepen inschakelen zoals in mijn geval de fysiotherapeut in ons verzamel pand, de apotheker, collega's. Maar ook de VNVA – de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen. Ik ben nu 20 jaar lid van VNVA Noord Nederland, waarvan 15 jaar in een bestuursfunctie. De VNVA brengt vrouwelijke artsen samen. Elk jaar wordt onder andere de Els Borst Prijs uitgereikt, aan vrouwen die zich buitengewoon inzetten voor de gezondheidszorg en de positie van de vrouwelijke arts."

(Dit jaar ging de prijs naar longarts drs. Wanda de Kanter - red.)

"Deze grote groep vrouwen is inspirerend maar tegelijk een vangnet. Ook jongeren hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden, het is al uitgevonden door de vrouwen voor ons.

Je kunt via de VNVA trainingen volgen, vergaderingen en symposia bijwonen, met mensen spreken die veel ervaring hebben of in de top zitten.

Vragen als 'Hoe voelt het om een praktijk te hebben',

of 'Hoe blijf je bij én gezond' worden beantwoord door vrouwen die ons voorgingen, allemaal helpen en inspireren we elkaar. Tijdens

'De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen brengt vrouwelijke artsen samen en vormt een inspirerend vangnet'

mijn huisartsopleiding vroeg men zich regelmatig af 'hoe ik toch aan al die connecties en onderwerpen kwam'. Ik studeerde dan wel in Groningen, maar dat wilde niet zeggen dat ik geen hoogleraar uit Nijmegen sprak, via de VNVA dus. Tijdens bijeenkomsten kun je met iedereen spreken, je voelt niet wie hoger of lager staat. Het zijn gewoon leuke vrouwen met hetzelfde doel voor ogen: zorg goed voor je patiënt en jezelf en maak er wat moois van. Ik kan altijd op hen terugvallen."

Hoe kijk je naar de toekomst?

"Privé probeer ik de kinderen een wijze opvoeding te geven en ze bewustwording mee te geven over een goed draaiende maatschappij. Maar ook dat je wat van je leven kunt maken, waar je ook vandaan komt. Mijn opa en mijn vader waren scheepsbouwers. Ik heb een hele fijne kindertijd gehad, maar financieel was er niet de ruimte om de vier kinderen te ondersteunen tijdens de studies. In mijn studententijd betekende dit dat ik een studiefinanciering had en een lening, want ik kon er niet bij werken. Om me heen hadden veel andere studenten al dure auto's of ze gingen op luxe vakanties, ik had moeite om boeken te kopen. Voor mij heeft het er juist in geresulteerd dat ik in de spreekkamer nog meer respect heb voor mensen die minder hebben. Je kunt niet aan de neus van iemand zien welke sociale achtergrond iemand heeft, dat maakt ook de dokter. Ik ben een rustige dokter met veel ervaring en dat breng ik mee.

"Met mijn werk als huisarts en praktijkhouder hoop ik lekker zo door te kunnen gaan en over een jaar of 20 op een leuke manier af te zwaaien. Dat ik heb kunnen genieten met een mooi vast team. Hopelijk volgen er meer vrouwelijke praktijkhouders, ook door verhalen zoals dat van mij. Want waarom zou je het niet doen, je kunt het altijd proberen. Je kunt nu kennismaken met veel vrouwen die het al doen of gedaan hebben via de VNVA en kijken wat bij jou past. We moeten het toch echt met z'n allen gaan doen!"

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

Dagelijks op de hoogte zijn van alle belangrijke zaken rondom huisartsenzorg?



- ✓ Elke dag een nieuwsbrief met 8 tot 10 artikelen in uw inbox
- ✓ Links naar externe gratis nascholingen met accreditatiepunten
- ✓ Al voor € 2,77 per week premium toegang, eerste 2 maanden gratis
- ✓ Sparren en informatie uitwisselen met vakgenoten op onze Telegram app

Schrijf u gratis in voor
HuisartsVandaag,
hét online magazine voor
en door huisartsen!



GEZOND RECEPT

In elke editie van HuisartsenService lichten we een recept uit dat volledig aansluit op de gezonde leefstijl van zorgverleners. Deze editie visfilet in een knapperig jasje. Samen met venkel en zoete aardappelpuree een lekkere combinatie.

Kabeljauw met notenkorst, geroosterde venkel en zoete aardappelpuree

Voor 2 personen - meer dan 30 minuten – hoofdgerecht - 505 kcal

Bron: Voedingscentrum Op zoek naar nog meer recepten? Ga naar: www.voedingscentrum.nl/recepten

Ingrediënten

- 300 gram venkel
- 2 eetlepels olijfolie
- 1 teentje knoflook
- tijm
- peper
- 2 eetlepels ahornsiroop of honing
- 200 gram kabeljauwfilet
- 10 gram verse kruiden, zoals peterselie en dille
- 1 citroen
- 30 gram amandelen
- 15 gram oude kaas 30+ (geraspt)
- 400 gram zoete aardappel
- 80 ml halfvolle melk
- kaneel of koek- en speculaaskruiden

Materialen:

- Ovenvaste schaal/bakplaat
- Bakpapier
- Keukenmachine/staafmixer



Past in dieet:

- Bij verhoogd cholesterol
- Met weinig zout
- Caloriearm
- Vrij van ei

Variaties

Dit gerecht is ook lekker met ander witvisfilet, zoals tilapia. De kruidenmix kun je makkelijk zelf maken.

Bereiding

Verwarm eerst de oven voor op 175 °C. Maak de venkel schoon, snijd deze in parten en schep ze om met een scheutje olijfolie. Leg de venkelparten in een ovenvaste schaal of op een met bakpapier beklede bakplaat. Pel vervolgens de knoflook; snijd de ene helft fijn voor later en snijd de andere helft in dunne plakjes. Strooi wat peper over de venkel, verdeel de plakjes knoflook erover en besprenkel het geheel met de ahornsiroop. Schuif de venkel in de oven en laat deze in 30 tot 45 minuten heerlijk garen.

Leg ondertussen de kabeljauwfilet in een andere ovenvaste schaal en bestrooi de vis met wat peper. Was de verse kruiden en hak ze grof. Boen ook de citroen goed schoon, rasp wat van de schil af en snijd de rest van de citroen in schijfjes. Doe de gehakte amandelen, de kaas, de kruiden, de citroenrasp én de fijngesneden

knoflook in een keukenmachine of meng het kort met een staafmixer tot een fijn mengsel. Verdeel deze kruidige korst gelijkmatig over de kabeljauwfilet en bak de vis in 20 tot 25 minuten gaar in de oven.

Terwijl de oven z'n werk doet, schil je de zoete aardappels. Snijd ze in blokjes en kook ze in een klein laagje water in 15 tot 20 minuten gaar. Breng vlak voor het afgieten van de aardappels de melk aan de kook. Stamp de gare zoete aardappels samen met de hete melk tot een smeuge puree en breng deze subtiel op smaak met wat kaneel. Schep de zoete aardappelpuree op de borden en serveer samen met de geroosterde venkel en de knapperige kabeljauwfilet. Garneer het gerecht tot slot met de plakjes citroen en wat extra verse kruiden.

Eet smakelijk!

SELECTIE

De revolutionaire wetenschap achter verjonging



Binnen honderd dagen kun je je biologische klok substantieel vertragen en zelfs terugdraaien. Dr. Leonard Hofstra en Chadya Elouazzani vertellen in het boek *'Nieuw in 100 dagen - De revolutionaire wetenschap achter verjonging'* niet alleen welke baanbrekende nieuwe inzichten uit longevity-onderzoek hieraan ten grondslag liggen, maar ze leggen ook haarfijn uit hoe het 'Nieuw in 100 dagen-programma' er

in de praktijk uit ziet. En niet onbelangrijk; hoe je het voor jezelf kunt uitvoeren, stap voor stap, week voor week. Daarmee verkrijgt je niet alleen waardevolle kennis en inzicht, maar daadwerkelijk de mogelijkheid om jaren (terug) te winnen. Jaren van mooi en gezond leven. Wie wil dat nou niet?

'Nieuw in 100 dagen' is te bestellen via onder meer Bol.com
ISBN 9789491835643 | € 24,95

De overgang

'Over de overgang moet veel meer gepraat worden', zei Bridget Maasland onlangs in haar coverinterview voor HuisartsenService en ze heeft gelijk! Deze periode trekt een pittige wissel op elke vrouw en dat mag gehoord worden.

In het boek *'De overgang. Een nieuwe fase'*, bespreken Dorenda van Dijker, gynaecoloog en auteur, en Monique Brood-van Zanten, arts en wetenschapper in Amsterdam UMC en het Antoni van Leeuwenhoek - en beiden actief in de vrouwengezondheid - gaan wetenschappelijke inzichten, persoonlijke verhalen en praktische handvatten hand in hand. De overgang is namelijk niet alleen voor de vrouw zelf een uitdagende periode, maar ook voor haar omgeving, zoals eventuele partners, kinderen, familieleden, maar ook collega's bijvoorbeeld. Altijd nog is de overgang taboe en ja dat mag, nee moet veranderen!

'De overgang. Een nieuwe fase' is te bestellen via onder meer Bol.com en Bruna.nl
ISBN: 9789088031366 | € 15,-



Uit

een selectie, data onder voorbehoud

OKTOBER

- 1 - **Polyphonic** - De Oosterpoort, Groningen
- 2 - **Snelle** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 2, 4 - **Joe Hisaishi**, Ziggo Dome, Amsterdam
- 2 - **Sara Kroos** - Stadsschouwburg, Groningen
- 10 - **Diggy Dex** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 11 - **The Strokes** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 11 - **Jack Savoretti** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 13 - **Iris Jean** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 14 - **Young The Giant** - Effenaar, Eindhoven
- 15 - **Janne Schra** - De Oosterpoort, Groningen
- 17 - **Rolf Sanchez** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 17 - **Kitty, Daisy & Lewis** - Vorstin, Hilversum
- 18 - **Rondé** - Effenaar, Eindhoven
- 20 - **Blood Red Shoes** - Effenaar, Eindhoven
- 23 - **Dolf Jansen** - Kunstlinie, Almere
- 24 - **Marcel van Roosmalen** - Kunstlinie, Almere
- 25 - **Op avontuur met Dikkie Dik** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 25 - **GoYa Kwartet** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 27 - **Placebo** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 28 - **Kristin Hersh** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 29,30 - **Bløf** - Effenaar, Eindhoven
- 31 - **Danny Vera** - Effenaar, Eindhoven

NOVEMBER

- 4 - **Myles Smith** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 6 - **Wende** - Vorstin, Hilversum
- 7 - **Drukwerk** - Vorstin, Hilversum
- 7 - **Pommeliën Thijs** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 9 - **Deep Purple** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 12 - **Angela Groothuizen** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 13 - **Ellen ten Damme** - Vorstin, Hilversum
- 12 - **Noor** - TivoliVredenburg, Utrecht
- 19 - **Anneke van Giersbergen** - Effenaar, Eindhoven
- 29, 30 - **Muse** - Ziggo Dome, Amsterdam

DECEMBER

- 2 - **Aaf Brandt Corstius & Lies Visschedijk** - Kunstlinie, Almere
- 18 - **Najib (Amhali) & Roué (Verveer)** - Ziggo Dome, Amsterdam
- 19 - **Jett Rebel** - Effenaar, Eindhoven

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

Ontlastingsdagboek geeft inzicht bij opioïd-geïnduceerde obstipatie

Opioïd-geïnduceerde obstipatie ('opioïd-induced constipation', OIC) komt veel voor bij patiënten die opioïden gebruiken, zowel bij oncologische als niet-oncologische pijn. Volgens drs. Lotte Mandigers (longarts en lid palliatief team, Anna Ziekenhuis, Geldrop) verdient OIC vanaf de start van de behandeling meer aandacht. Het nieuwe ontlastingsdagboek helpt arts en patiënt om beter grip te krijgen op deze hardnekkige bijwerking.

Dit artikel en het scheurblok zijn tot stand gekomen met dank aan de onafhankelijke bijdrage van drs. Lotte Mandigers.



Waar bijwerkingen als misselijkheid en braken soms afnemen, blijft obstipatie bij opioïdgebruik vaak aanhouden.

Het ontstaat doordat opioïden aangrijpen op de μ -opioïdreceptoren in de darm, waardoor de gastro-intestinale motiliteit afneemt. Patiënten hebben moeite met ontlasting, zijn

misselijk of eten minder goed. Bij de start

van een opioïd krijgen patiënten daarom uitleg over het risico op obstipatie, leefstijladviezen (voldoende drinken, vezelrijk voedsel eten en bewegen waar mogelijk) en het preventief gebruik van een osmotisch laxans. "Je wil voorkomen dat iemand pas start met een laxans als hij of zij al helemaal verstopt is", aldus Mandigers.

Knelpunt bij evaluatie

Obstipatieklachten zijn voor zowel patiënten als zorgverleners niet altijd goed in kaart te brengen. Obstipatie kan al kort na de start van een opioïd optreden, terwijl de eerste pijnevaluatie vaak pas weken later plaatsvindt. "Dan weet een patiënt soms niet meer goed hoe de ontlasting is geweest of wanneer de klachten optraden", zegt Mandigers.

Dagboek geeft inzicht

Het nieuwe ontlastingsdagboek brengt obstipatie eerder en beter in beeld, aan de hand van de Rome IV-criteria en een visuele weergave van de Bristol-stoelgangsschaal. "Voor de patiënt benadrukt dit het belang van aandacht voor obstipatie en voor de arts geeft het beter inzicht in de ernst en het beloop", zegt Mandigers.

Dagboek in de praktijk

Het dagboek wordt idealiter meegegeven bij de start van het opioïd, samen met uitleg over obstipatie, preventie en wanneer contact moet worden opgenomen. "Bij de evaluatie ben je alert op veranderingen ten opzichte van de uitgangssituatie. Minder dan twee keer per week ontlasting, hard persen, harde ontlasting, een blokkadegevoel of onvolledige lediging kunnen wijzen op OIC."



Behandeling opschalen

"Als het dagboek wijst op OIC, evalueer ik eerst of de patiënt de leefstijladviezen heeft opgevolgd en de preventief voorgeschreven laxantia ook daadwerkelijk heeft ingenomen", legt Mandigers uit. "Als het osmotisch laxans onvoldoende effect heeft, eventueel na ophogen of combineren met een contactlaxans, start ik met een perifeer werkende opioïdreceptorantagonist (PAMORA)." Ook na het starten van een PAMORA is het waardevol om de ontlasting bij te houden en zo het effect van de behandeling te volgen.

Aandacht voor obstipatie

Mandigers concludeert: "Bij het voorschrijven van een opioïd is voldoende aandacht voor obstipatie essentieel. Informeer de patiënt over wat te verwachten, geef uitleg over preventieve maatregelen en geef ook aan wanneer de patiënt contact op moet nemen." Het ontlastingsdagboek is een praktisch handvat om OIC inzichtelijk te maken.

Viatrix Healthcare B.V.
Krijgsman 20
1186 DM Amstelveen

NL-NON-2026-00062



Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

Herken pijnlijke diabetische polyneuropathie eerder in de huisartsenpraktijk

4 op de 5 diabetes patiënten heeft dagelijks last van matige tot ernstige pijnlijke diabetische polyneuropathie (pDPN)¹. Met de pDPN toolbox krijgt u praktische materialen die kunnen helpen in het consult.



Pijnvisualisaties voor gerichte anamnese of die helpen bij het herkennen van symptomen



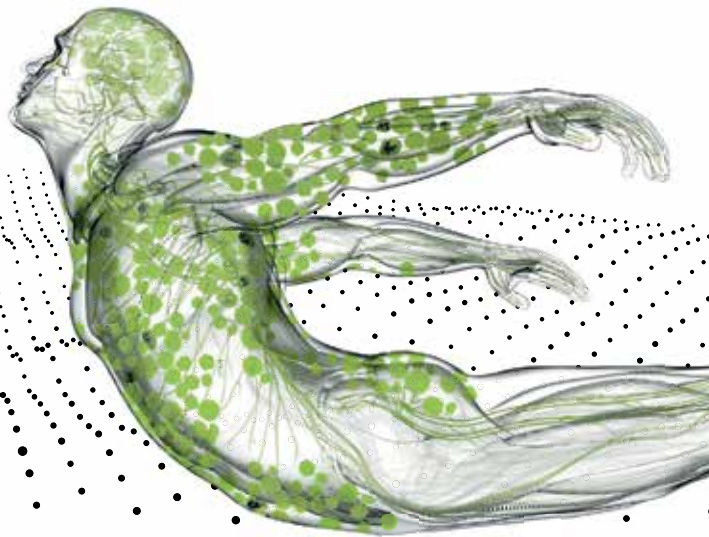
NHG-stroomschema: wanneer verwijzen naar de 2e lijn

Verbeter de zorg voor uw diabetespatiënten

Bestel de pDPN toolbox en het NHG stroomschema via info.nl@grunenthal.com of scan de QR-code



1. Tesfaye, S., Brill, S., Eerdekens, M., Maderuelo Labrador, M., Petersen, G., de Rooij Peek, A., Reta, A., Ryan, D., Schaper, N., Tölle, T., Truini, A., & Ziegler, D. (2023). Diagnosis, management and impact of painful diabetic peripheral neuropathy: A patient survey in four European countries. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 37(4), 108417. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2023.108417>. Grunenthal B.V., De Corridor 21K, 3621 ZA Breukelen. . E-mail: info.nl@grunenthal.com. Website: www.grunenthal.nl



Uitnodiging Hot en Happening Neuropathische pijn bij diabetes

Interactieve en geaccrediteerde avond voor zorgverleners in de 1e lijn over het eerder herkennen, bespreken en gericht verwijzen van patiënten met neuropathische pijn bij diabetes.

Voor wie?

Voor huisartsen, praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen en andere zorgverleners betrokken bij diabeteszorg in de 1e lijn.

Wat levert het op?

- Eerder herkennen van neuropathische pijn bij diabetes
- Praktische casuïstiek uit de dagelijkse praktijk
- Duidelijkheid over wanneer verwijzing waarde toevoegt
- Inzicht in het regionale zorgpad
- Uitwisseling met collega's uit de keten
- Accreditatie NVvPO 3,5 punten, V&VN 4 punten, NAPA in aanvraag, NIV in aanvraag, NVA in aanvraag, NVAM in aanvraag

Sprekers

Remko ter Riet
Physician Assistant
anesthesiologie/
pijngeneeskunde



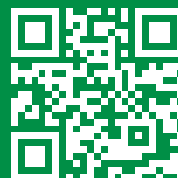
Mirjam van Stigt-Vos
Diabetes-
verpleegkundige



Data & locaties

Ontvangst met lichte maaltijd vanaf 18.00 uur
Programma 18.30 - 21.00 uur

Scan de
QR-code



5 november
Van der Valk
Leusden

16 november
Rosarium
Amsterdam

26 november
Van der Valk
Deventer

2 december
Van der Valk
Eindhoven-Best

3 december
Van der Valk
Ridderkerk

Meld je aan en ontdek hoe je patiënten met neuropathische pijn bij diabetes eerder herkent, beter begeleidt en gericht verwijst.

Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

De rekening van een afwijkend declaratiepatroon: rechtbank toetst controle op ANW-zorg

Een huisartsenpraktijk die een opvallend hoge hoeveelheid avond-, nacht-, en weekendzorg (ANW-zorg) declareert, kan voor een zorgverzekeraar aanleiding vormen om een materiële controle te starten. Dat blijkt uit een recente uitspraak van de rechtbank Rotterdam.

In deze zaak stond een huisartsenpraktijk centraal die zelf ANW-zorg verleent (buiten de huisartsenpost). Zilveren Kruis startte deze controle nadat zij constateerde dat de huisartsenpraktijk vooral voor niet-ingeschreven patiënten ANW-zorg had gedeclareerd. Zilveren Kruis vorderde vervolgens ruim € 233.000,- terug.



Van data-analyse naar detailcontrole

De huisartsenpraktijk werd geselecteerd voor een materiële controle nadat uit een data-analyse bleek dat zij een opvallend hoog aantal ANW-declaraties had ingediend. Nadat de praktijk vragen had beantwoord over haar werkwijze, vond Zilveren Kruis het nog onvoldoende duidelijk of alle gedeclareerde zorg voldeed aan de voorwaarden die gelden ten aanzien van het ANW-tarief. Daarop volgde een detailcontrole. Een medisch adviseur beoordeelde een aselecte steekproef van 29 patiëntendossiers met in totaal 44 declaraties. Volgens de zorgverzekeraar voldeden 17 van de 44 declaraties niet aan de voorwaarden voor vergoeding. Op basis van extrapolatie naar alle gedeclareerde ANW-zorg volgde een terugvordering van ruim € 233.000,-.

Detailcontrole mag onder voorwaarden

De huisartsenpraktijk stelde dat de detailcontrole onrechtmatig was en de zorgverzekeraar onvoldoende had uitgelegd waarom de controle noodzakelijk was, waarbij minder ingrijpende controlemiddelen mogelijk waren geweest. Ook meende de praktijk dat de controle was ingegeven door haar hogere kosten als zelfstandige ANW-aanbieder. De rechtbank ging daar niet in mee, nu Zilveren Kruis voldoende had gemotiveerd waarom een detailcontrole noodzakelijk was. Uit de eerder verkregen informatie kon de zorgverzekeraar namelijk niet met voldoende zekerheid vaststellen dat de gedeclareerde ANW-zorg voldeed aan de voorwaarden. Daarmee was voldaan aan de wettelijke vereisten om patiëntendossiers nader te onderzoeken.

Goede dossiervoering is essentieel

Bij ANW-zorg moet niet alleen vaststaan dat de zorg tijdens de ANW-uren is verleend, maar ook dat sprake was van medisch noodzakelijke zorg met een spoedeisend karakter. Die beoordeling mag de zorgverzekeraar laten uitvoeren door een medisch adviseur. Dat betekent niet

dat de zorgverzekeraar daarmee op de stoel van de huisarts gaat zitten. De zorgverzekeraar toetst achteraf of uit het dossier blijkt dat een ANW-declaratie terecht is ingediend, met inachtneming van de informatie waarover de huisarts op dat moment beschikte, diens verplichtingen in het kader van goed hulpverlenerschap en de professionele standaarden die voor huisartsen gelden.

Voor de dagelijkse praktijk betekent dit dat een zorgvuldige vastlegging van de triage, de urgentie en de medische afweging van groot belang is. Wanneer achteraf vragen ontstaan over een declaratie, vormt het medisch dossier immers de belangrijkste onderbouwing.

Nog geen definitieve uitkomst

Hoewel de rechtbank de detailcontrole rechtmatig acht, is de procedure nog niet afgerond. De huisartsenpraktijk krijgt alsnog de gelegenheid om inhoudelijk te reageren op de 17 afgekeurde declaraties en aanvullende informatie over te leggen. Daarnaast moet Zilveren Kruis nog aantonen dat de gebruikte steekproef en de daarop gebaseerde extrapolatie zijn gebaseerd op een wetenschappelijk verantwoorde methode. Pas daarna kan de rechtbank beoordelen of de teruggevorderde betaling daadwerkelijk standhoudt.

Het belang van de uitspraak

Materiële controles zijn een vast onderdeel geworden in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en kunnen worden ingezet bij opvallende declaratiepatronen. Niet alleen de verleende zorg, maar ook de vastlegging daarvan wordt steeds belangrijker. Tegelijkertijd laat de uitspraak zien dat ook zorgverzekeraars hun bevoegdheden moeten kunnen verantwoorden. Zij moeten kunnen aantonen dat een detailcontrole volgens de wet- en regelgeving is uitgevoerd én dat eventuele extrapolatie, berust op een betrouwbare en wetenschappelijk verantwoorde methode. Kort samengevat: de steekproef mag niet te klein zijn om daar heel grote consequenties aan te kunnen verbinden.

mr. P. Wijn, jurist bij
Eldermans | Geerts Advocaten in de zorg
www.eldermans-geerts.nl

Onthouden



In elke editie van HuisartsenService wordt door praktijkhoudend huisarts, medisch illustrator én podcaster Martine Kelder een van haar podcasts en/of begeleidende illustraties besproken. Deze editie de vraag wat een patiënt onthoudt van een consult.

Vorige week kwam een patiënt bij me terug na een bezoek aan het ziekenhuis.

“En... wat heeft de specialist verteld?” Hij dacht even na. *“Eigenlijk weet ik het niet meer zo goed.”* Hij was niet laaggeletterd. Niet vergeetachtig. Sterker nog, hij was hoogopgeleid. Toch was de belangrijkste boodschap onderweg naar huis grotendeels verdwenen. Dat zette me aan het denken. Niet omdat de specialist iets verkeerd had gedaan. Waarschijnlijk juist het tegenovergestelde. Hij had uitgebreid de tijd genomen om alles goed uit te leggen. Maar misschien zit daar ook precies de uitdaging.

De afgelopen jaren ben ik steeds nieuwsgieriger geworden naar één vraag. *Waarom onthoudt de ene patiënt precies de kern van een consult, terwijl de ander de draad al kwijt is voordat hij de parkeerplaats afloopt?* Tijdens mijn zoektocht stuitte ik op een onderzoek, gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:1238). De uitkomst verraste me. Gemiddeld vergeten patiënten ongeveer 80 procent van de informatie uit een consult. En van wat wél wordt onthouden, blijkt bovendien een groot deel onjuist te worden herinnerd.

Eigenlijk is het een wonder dat onze uitleg zo vaak wél aankomt. Tijdens een consult gebeurt namelijk veel tegelijk. Er is spanning. Soms pijn. Soms slecht nieuws. En ondertussen proberen wij zoveel mogelijk kennis over te dragen. Terwijl ik me hierin verder verdiepte, besepte ik iets. We besteden tijdens de opleiding jaren aan het opbouwen van medische kennis. Maar veel minder aan een minstens zo interessante vraag. *Hoe zorg je dat die kennis ook daadwerkelijk aankomt?* Misschien is dat wel het grootste verschil tussen de geneeskunde en de gedragspsychologie. Wij richten ons vooral op de inhoud van de boodschap. Zij bestuderen al tientallen jaren wat ervoor zorgt dat een boodschap blijft hangen.

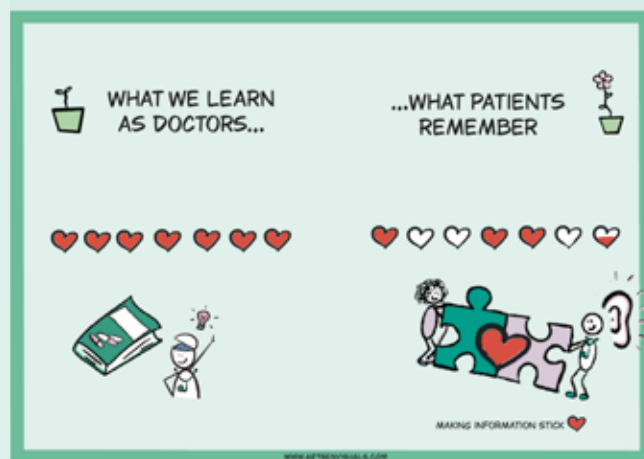
Opvallend genoeg vond ik veel antwoorden niet alleen in de geneeskunde, maar juist in de gedragspsychologie en de marketingpsychologie. Niet omdat we patiënten iets willen verkopen. Maar omdat daar al jarenlang wordt onderzocht hoe mensen informatie verwerken, keuzes maken en waarom sommige boodschappen blijven hangen... terwijl andere vrijwel direct weer verdwijnen.

Eigenlijk proberen wij in de spreekkamer precies hetzelfde. We leggen uit. We stellen gerust. We motiveren. We hopen dat een patiënt thuis nog weet wat vandaag belangrijk was. Ik heb eerlijk gezegd het antwoord nog niet. Maar hoe meer ik hierover lees, hoe meer ik ontdek dat we als zorgverleners verrassend veel kunnen leren van de psychologie achter effectieve communicatie – een vakgebied waarin veel onderzoek wordt gedaan vanuit marketing en gedragspsychologie. Niet om méér informatie te geven. Maar om ervoor te zorgen dat de juiste informatie blijft hangen.

Misschien begint dat wel met een andere vraag na ieder consult.

Niet: *“Heb ik alles uitgelegd?”*

Maar: *“Wat zal deze patiënt zich morgen nog herinneren?”*



“Ik heb een keer een bericht gekregen van een vrouw die alleen woonde en die enorm geholpen was met de voorspellingen voor de hypo's in de nacht. Zij voelde zich een stuk veiliger.”

- Wendy, diabetesverpleegkundige

Connects with  mySugr

Een stap voor op je diabetes.

Met de slimme voorspellende functies van de Accu-Chek SmartGuide sensor houd jij de controle.



Voor meer info ga naar accu-chek.nl en bestel een gratis sensor.

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

Betere gesprekken leiden tot betere zorg voor mensen in kwetsbare omstandigheden

De huisartsenzorg voor mensen met chronische aandoeningen richt zich veelal op het verminderen van ziektelast door medicatie, controles en leefstijladviezen. Maar deze zorg sluit vaak onvoldoende aan bij de specifieke problemen en behoeftes van mensen in kwetsbare leefomstandigheden.

“Er zijn patiënten waarmee het aanhoudend niet goed gaat. Je voert periodiek controles uit, geeft steeds adviezen, maar er komt geen verbetering”, vertelt Arthur Hardeman, huisarts bij Medisch Centrum De Poort in Bergen op Zoom en bestuursvoorzitter van de Huisartsen Groep Eendracht. “Verbetering wordt tegengehouden, omdat wij niet het juiste gesprek voeren met de patiënt, bijvoorbeeld over financiële problematiek. In 2022 hebben we in de praktijk de switch gemaakt: hoe kunnen we communiceren met deze groep patiënten, zodat wij luisteren naar wat voor hen belangrijk is en zodat voor hen begrijpelijk is wat wij zeggen?”

We merken dat mensen volledig vastlopen in hun leven, het lukt ze steeds minder goed om overleefd te blijven. De huisarts en praktijkondersteuner zijn vaak de enigen waar deze groep mensen op kan terugvallen. Doordat we konden meedoen aan EMOSS, een intensief proces van twee jaar, konden we

dokter voor patiënten in kwetsbare omstandigheden, maar voor al mijn patiënten. Daarom zou ik zeggen: maak vooral gebruik van het materiaal van Pharos. Het is een goed werkend hulpmiddel.”

Samenwerking met welzijn

Omdat veel medische klachten een oorzaak hebben in sociaal-maatschappelijke problemen, wordt binnen de training van EMOSS ook ruim aandacht besteed aan de samenwerking met het sociaal domein. “Eerstelijnszorg en welzijn waren voorheen twee verschillende werelden”, zegt Suijkerbuijk. “Eerder waren we in onze regio gestart met Welzijn op Recept en in De Poort werkten we al samen met een welzijnscoach. Zij werd nu echt onderdeel van

het geheel. Als in het gesprek met de huisarts of praktijkondersteuner een welzijnsvraag naar voren komt, is daarvoor een vast gezicht binnen de praktijk. Onze wens: of je nu een medische vraag hebt of een welzijnsvraag, er is altijd iemand beschikbaar. We werken daarvoor ook samen met een jeugdhulpverlener, casemanagers en wijkverpleegkundigen.”

Bekijk de hulpmiddelen via de QR-code.



Effectieve chronische zorg

Niet lang daarna kwam de vraag voorbij van projectleider Hester van Bommel, gezondheidswetenschapper en onderzoeker bij Pharos, om deel te nemen aan het EMOSS-project met als centrale vraag: ‘Hoe zorgen we dat de chronische zorg net zo effectief wordt voor mensen in kwetsbare omstandigheden als voor anderen?’ Joyce Suijkerbuijk, manager bij de Huisartsen Groep Eendracht, zag de oproep voorbijkomen: “In onze regio wonen, vergeleken bij het landelijk gemiddelde, veel mensen in kwetsbare omstandigheden.

gaan werken met de gesprekskaart en ons verder scholen en ontwikkelen in de persoonsgerichte zorgaanpak.”

Praktische hulpmiddelen

“Door EMOSS gebruik ik nu meer tekeningen en visueel materiaal in mijn gesprekken”, vertelt Hardeman. “Het helpt mij om met een voor mij lastig bereikbare groep een sterkere relatie te hebben. Ik kan beter aansluiten met mijn adviezen. Mijn paracetamol heeft daardoor meer effect dan voorheen. Door goed te communiceren ben ik bovendien niet alleen een betere

Meer dan verzorging alleen

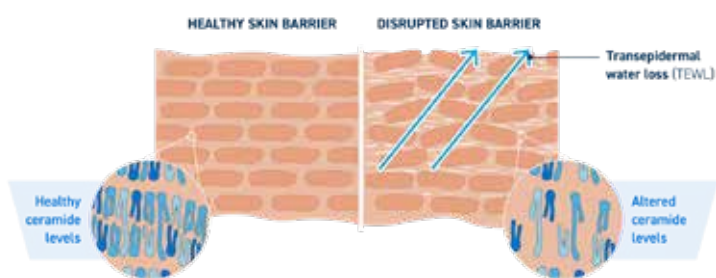
Hoe dermocosmetica medicamenteuze behandeling kan ondersteunen



In de huisartsenpraktijk zie je dagelijks patiënten met uiteenlopende huidklachten. Vaak start je een medicamenteuze behandeling, bijvoorbeeld met topicale corticosteroiden bij eczeem of benzoylperoxide bij acne. Maar wist je dat de therapietrouw en het uiteindelijke behandelresultaat voor een heel groot deel vallen of staan met de dagelijkse basisverzorging van de huidbarrière? Dermocosmetica zijn geen cosmetische extraatjes meer; ze vormen een onmisbare ondersteuning. Ontdek hoe je met de juiste adviezen de huidbarrière van je patiënten helpt te herstellen, bijwerkingen vermindert en de kwaliteit van leven aanzienlijk verbetert.

De huidbarrière als fundament

Wanneer de huidbarrière beschadigd is, treedt transepidermaal waterverlies (TEWL) op, wat leidt tot een droge huid, irritatie, jeuk en eventueel ontsteking of secundaire infecties. TEWL is de gemene deler bij vrijwel elke chronische huidaandoening. Of het nu gaat om atopisch eczeem, extreme droogte bij ouderen, of de droge plekken als comorbiditeit bij diabetes: een tekort aan lipiden – met name ceramiden EOP, NP en AP – ligt aan de basis hiervan^{1,2}.



Door te kiezen voor dermocosmetica die specifiek zijn geformuleerd om deze barrière te helpen herstellen, door de juiste lipiden aan te vullen, ondersteun je de behandeling op een actieve manier³. Je vermindert de behoefte aan corticosteroiden (steroïdensparend effect)⁴ en helpt exacerbaties te voorkomen.

De huidbarrière in de richtlijnen

Zowel de NHG-Standaard Eczeem als de NHG-Standaard Acne benadrukken het belang van een goede basisverzorging. Hydratatie is geen optie achteraf, maar vormt het fundament van de behandeling.

Atopisch eczeem en jeuk

Atopische dermatitis (AD) kenmerkt zich door een chronisch verstoorde huidbarrière en intense jeuk⁵. Tijdens een opvlamming schrijf je als behandelaar corticosteroiden voor conform de richtlijnen⁶. Maar wat adviseer je voor de dagelijkse basisverzorging en tijdens de onderhoudsfase om de barrière structureel te ondersteunen^{6,7}?

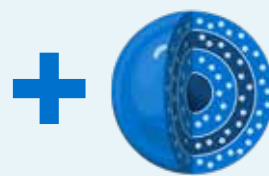
Hier komt **CeraVe Hydraterende Crème** in beeld. Deze rijke, niet-vettige crème bevat drie huid-identieke ceramiden (EOP, NP en AP) en hyaluronzuur om de huid intensief te hydrateren. Dankzij de unieke MVE (Multi-Vesiculaire Emulsie)-technologie worden de hydraterende ingrediënten gedurende 24 uur continu en gecontroleerd aan de huid afgegeven, geïnspireerd door medicatie met gereguleerde afgifte.

De CeraVe technologie

CERAMIDES



3 huid-identieke ceramiden
Ondersteunen de huidbarrière



MVE Technologie
Langdurige afgifte

Jouw advies in de praktijk: Adviseer de patiënt om de Hydraterende Crème dagelijks royaal aan te brengen op de droge, niet-laesionale huid^{6,7}. Dit ondersteunt de barrière, vermindert de jeuk-krabbcirkel en verlengt de medicatievrije periodes aanzienlijk^{4,8}.

Kwetsbare huid: xerose bij ouderen en diabetici

De verouderde huid

Naarmate we ouder worden, neemt de productie van talg en epidermale lipiden (waaronder ceramiden) drastisch af¹. De huid wordt dunner, droger en gevoeliger voor mechanische stress. Deze *xerose senilis* gaat vaak gepaard met hardnekkige jeuk (*pruritus senilis*), wat kan leiden tot krabben en secundaire infecties.



Voor deze patiëntengroep is een laagdrempelige, intensieve hydratatie essentieel². De **CeraVe Intensief Hydraterende Crème** of **Lotion** biedt hier een geschikte uitkomst. Omdat de formule parfümvrij en hypoallergeen is, is de tolerantie extreem hoog, zelfs voor de zeer dunne, kwetsbare oudere huid. Deze formule combineert de barrièrherstellende werking van ceramiden met hydraterende stoffen.

Het resultaat? Een zachtere, gladdere huid en een significante vermindering van jeuk door droogheid.



HYDRO-UREA™ complex: een complex met natural moisturizing factors (hydroxyethyl ureum, aminozuren en natrium PCA) voor het beter vasthouden van vocht in de huid.



Karitéboter (sheaboter): voedt de huid en maakt deze soepel



MVE-technologie: ondersteunt langdurige, gecontroleerde hydratatie gedurende de hele dag.

Xerose bij diabetes

Als POH of praktijkverpleegkundige begeleid je veel patiënten met diabetes mellitus. Je bent scherp op wondjes en neuropathie, maar besteed je ook genoeg aandacht aan de droge huid?

Tot wel 79% van de diabetespatiënten kampt met huidproblemen, waaronder ernstige xerose⁹. Door een verminderde zweet- en talgsecretie (autonome neuropathie) droogt met name de huid van de onderbenen en voeten snel uit. Dit verhoogt het risico op pijnlijke kloven, die op hun beurt weer de toegangspoort vormen voor bacteriële infecties (zoals erysipelas) en diabetische voetulcera¹⁰.

Om de complicaties ten gevolge van droogheid te voorkomen is het dus belangrijk om de huid goed te verzorgen. In een grootschalige, wereldwijde observationele studie met 528 diabetespatiënten was na 4 weken gebruik van een routine met de **CeraVe Hydraterende Reinigingscrème** en de **Hydraterende Crème** een verbetering in de algehele huidconditie waargenomen bij maar liefst 98% van de deelnemers¹¹. Bovendien rapporteerde 75% van de deelnemers een duidelijke verbetering in kwaliteit van leven¹¹.

Voorkom complicaties bij diabetes: een simpele dagelijkse hydraterende routine met ceramiden maakt al een grote impact op het leven van een diabetespatiënt.



Meer leren over diabetes en de huid?

Volg nu gratis de geaccrediteerde on-demand webinar via mednet.nl/diabetes-en-de-huid



Acne, seborrhoïsch eczeem en praktische adviezen

Acne

Acne is een van de meest frequente redenen voor een consult bij de huisarts^{1,2}. De medicamenteuze behandelingen (zoals benzoylperoxide, topicale of orale retinoïden) zijn zeer effectief, maar hebben een beruchte bijwerking: ze drogen de huid extreem uit en verstoren de barrière¹³. Dit leidt tot roodheid, schilfering, een branderig gevoel en soms een verhoogde talgproductie ter compensatie van de droogheid. Dit is de belangrijkste reden waarom patiënten vroegtijdig stoppen met hun behandeling.



Door vanaf dag één een ondersteunende dermocosmetische verzorging te adviseren, verbeter je de therapietrouw enorm¹³. **CeraVe Hydraterende Crème** of de **Hydraterende Lotion** kan uitstekend gecombineerd worden met acne-medicatie. Het hydrateert de droge plekken zonder de poriën te verstopen en kalmeert de geïrriteerde huid, waardoor de behandeling beter wordt verdragen¹³.

Seborrhoïsch eczeem

Een andere veelgehoorde klacht is seborrhoïsch eczeem, gekenmerkt door vette schilfers, jeuk en roodheid, met name op de behaarde hoofdhuid. Dit wordt geassocieerd met een overgroei van de gist *Malassezia*. Voor een effectieve, patiëntvriendelijke aanpak raden we hiervoor **Dercos DS anti-roos shampoo** van Vichy aan:

- **Seleniumdisulfide:** bestrijdt de overgroei van gisten en reguleert de talgvorming¹⁴
- **Salicylzuur:** helpt om hardnekkige, vette schilfers op milde wijze los te maken
- **Patiëntvriendelijk:** vereist slechts 3 minuten inwerktijd en droogt het haar niet uit

Dercos DS biedt een klinisch bewezen effectiviteit, vermindert de jeuk vanaf het eerste gebruik en voorkomt het terugkeren van roos tot wel 6 weken na het stoppen van de behandeling¹⁴.

Het is een uitstekend en makkelijk verkrijgbaar advies (of alternatief voor ketoconazol-shampoo) voor patiënten met deze cosmetisch storende klacht.



Samen sterker in huidzorg

Door actieve barrièretherapie te integreren in je behandelplannen, bied je patiënten niet alleen symptoombestrijding, maar ook een langdurige oplossing. CeraVe en Vichy Dercos bieden wetenschappelijk onderbouwde, toegankelijke en hooggewaardeerde oplossingen die perfect aansluiten bij de richtlijnen in de huisartsenzorg.

Wil je gratis samples, brochures of patiënteninformatie ontvangen voor jouw praktijk?

Neem contact op met je HAS-adviseur of stuur een e-mail naar medical@loreal.com om direct een praktijkpakket aan te vragen. Samen maken we het verschil voor de huidverzorging van je patiënten.



Referenties:

- Schmuth M, et al. J Invest Dermatol. 2024;144(5):989-1000.
- Lodén M. Am J Clin Dermatol. 2003;4(11):771-788.
- Danby SG, et al. Skin Pharmacol Physiol. 2016;29(3):135-147.
- SL, et al. J Am Acad Dermatol. 2002;47(2):198-208.
- Hon KL, et al. Drugs Context. 2018;7:212530.
- NHG-Standaard Eczeem (M37). NHG. 2024.
- Celleno L. Dermatol Ther. 2018;31(6):e12690.
- de Lucas R, et al. BMC Dermatol. 2015;15:17.
- Demirseren DD, et al. Am J Clin Dermatol. 2014;15(1):65-70.
- Panagoulas GS, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2020;11:625.
- Draeos ZD, et al. J Drugs Dermatol. 2023;22(6):572-578.
- NHG-Standaard Acne (M11). NHG. 2023.
- Del Rosso J. J Clin Aesthet Dermatol. 2013;9(6 Suppl 1):S2-S9.
- Squire RA, et al. Eur J Dermatol. 2023;33(2):150-156.



As low as you can go

Het is een vraag die regelmatig in de spreekkamer opkomt: een patiënt die een hoogintensief statine gebruikt, of inmiddels een PCSK9-remmer, bereikt een LDL-C van 0,8 of zelfs 0,5 mmol/l en wil weten of dat gevaarlijk is. De zorg is begrijpelijk: cholesterol is essentieel voor het leven, elk celmembraan bevat het, en steroidhormonen, galzuren en myeline zijn er allemaal van afhankelijk. Er moet toch een ondergrens zijn?

Het korte antwoord luidt: als die ondergrens al bestaat, hebben we deze nog niet gevonden.

Het meest elegante bewijs komt uit een natuurlijk experiment. Mensen met homozygote verlies-van-functie-mutaties in het PCSK9-gen produceren geen functioneel PCSK9-eiwit. Hun levenslange LDL-C ligt rond de 0,35 mmol/l. Toen de eerste patiënt met dit beeld werd geïdentificeerd en een decennium gevolgd, was het enige aantoonbare gevolg van het ontbreken van PCSK9 dat haar LDL buitengewoon laag was. Cognitie, bijnierfunctie, geslachtshormoonproductie en vetoplosbare vitamines bleken allemaal volkomen normaal. Sindsdien zijn drie aanvullende homozygote individuen beschreven, met identieke bevindingen.

Deze observatie corrigeert een biologisch misverstand dat het waard is met patiënten te bespreken. Cholesterol voor celmembranen, steroidogenese en myelinisatie wordt lokaal aangemaakt. Vrijwel elke nucleaire cel heeft zijn eigen mevalonaatroute om cholesterol aan te maken. Circulerend LDL-C is niet de primaire aanvoerlijn voor deze processen. Het functioneert vooral als een hepatisch overloop- en redistributiesysteem, geëvolueerd om cholesterol-surplus te verwerken en steroidhormoonproducerende weefsels (zoals bijnierschors en gonaden) te voorzien tijdens piekvraag, wanneer het importeren van voorgevormd cholesterol efficiënter is

dan lokale synthese. Verlaag het plasma-LDL drastisch en cellen verhogen simpelweg hun lokale aanmaak. De PCSK9-knock-outpatiënten demonstreren dit fraai.

De neonatale referentiewaarden ondersteunen dit verder. Het LDL-C bij de geboorte bedraagt 0,75–1,8 mmol/l en dat is precies het bereik dat PCSK9-remmers farmacologisch bereiken. Dit is het LDL-niveau waarop de hersenen worden opgebouwd, myeline wordt aangelegd en elk orgaanstelsel zich vormt. Het idee dat volwassenen 2,5–3,5 mmol/l nodig hebben voor cellulaire gezondheid mist elke biologische grondslag.

‘De vraag is niet of LDL-C te laag kan worden, maar of we het agressief genoeg behandelen’

De klinische studiedata zijn hiermee consistent. In FOURIER en ODYSSEY Outcomes vertoonden patiënten die een LDL-C onder 0,4 mmol/l bereikten geen toename van bijwerkingen (zoals een signaal voor hemorragische beroerte, bijnierschorsinsufficiëntie of neurocognitieve achteruitgang), terwijl zij een substantieel groter cardiovasculair voordeel lieten zien dan patiënten met hogere bereikewaarden. De GLAGOV-beeldvormingstudie toonde voortgaande coronaire plaqueregressie bij LDL-C-waarden van

0,5 mmol/l, zonder enige afvlakking van het effect.

Voor de huisartsenpraktijk is de praktische boodschap overduidelijk: bij patiënten met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico bestaat er momenteel geen evidence-based ondergrens voor LDL-C. De aarzeling om verder te gaan wanneer een patiënt 1,0 mmol/l bereikt is begrijpelijk, maar wordt door de data niet ondersteund. De biologie zegt: ga lager. De genetica zegt: het is veilig. De trials zeggen: het werkt. De vraag is niet of LDL-C te laag kan worden. De vraag is of we het agressief genoeg behandelen.

*Dr. Leonard Hofstra, cardioloog
Cardiologie Centra Nederland*

Huisarts en festivalarts

Wanja Flantua

'Op een festival komen verschillende disciplines samen'

Voor iedereen geldt dat het dagelijks werk ook impact heeft op het leven 'daarnaast'. Hoe balanceer je in beide werelden en waar komen ze samen? In de rubriek 'Vrije Tijd & Inspiratie' vertellen mensen uit de zorg over hun werk en de zaken die zij (daarnaast) ontplooiën. Deze editie Wanja Flantua, kaderhuisarts spoedzorg, Spoedarts Rapid Responder bij RAV Haaglanden, docent bij Schola Medica en huisarts-docent bij Amsterdam UMC. Daarnaast is hij werkzaam als arts op festivals en evenementen.

Je werkzaamheden zijn moeilijk in één zin te vatten, hoe zou je jezelf omschrijven?

"Als iemand met veel interesses. Maar ook als iemand die gaandeweg zijn voorliefde voor spoedzorg en onderwijs heeft weten te balanceren. Ik werk als huisarts in IJsselstein en heb de huisartsenopleiding bij Amsterdam UMC gedaan. Vrij snel na mijn opleiding ben ik gaan werken voor Event Medical Service (EMS), dat zich gespecialiseerd heeft in de complete medische ondersteuning, advisering en hulpverlening bij evenementen. Als groot muziekliefhebber kon ik op die manier ik mijn liefde voor festivals combineren met het medische werk. Dat is inmiddels zo'n twintig jaar geleden. Destijds was ik daarnaast nog zo goed als fulltime huisarts. Eigenlijk zijn al mijn latere werkzaamheden voortgekomen uit de dynamiek die je als arts op zo'n evenement hebt."

Hoe uit die dynamiek zich?

"Op een festival komen verschillende disciplines samen, omdat je een intensieve samenwerking hebt met de EHBO, ambulancezorg, huisartsenpost et cetera. Iedereen werkt vanuit zijn eigen discipline, samen reageer je acuut op wat er op je af komt. Daar waar je als reguliere huisarts mensen vaak pas later in het zorgproces ziet. Bijvoorbeeld iemand met een verstuipte enkel gaat pas naar de huisarts als deze enkel dik is geworden en men moeite heeft met lopen. Of iemand die onwel is geworden. Doorgaans bereikt zo iemand de huisartsenpraktijk pas als deze weer een beetje overeind is gekrabbeld. Op een festival zie je dergelijke casuïstiek

in een veel eerder, meer direct stadium. Omdat het ter plekke vaak nog niet helemaal duidelijk is wat iemand mankeert, moet je op een festival dus snel en anders denken. De enkel is nog niet dik, de patiënt is nog niet opgekrabbeld. Vervolgens moet je daar snel op reageren en anticiperen. Dat vind ik fascinerend, nog altijd. Mijn uiteindelijke focus op spoedzorg komt zonder meer hieruit voort."

Je werk als docent acute zorg bij Schola Medica, dat ligt ook weer in het verlengde.

"Zeker, want ik ben ook bovengemiddeld geïnteresseerd in onderwijs. Dit omdat ervan overtuigd ben dat zorg door kennisdeling beter wordt. Bij Scola Medica geef ik opleidingen acute zorg aan onder meer huisartsen en artsen op de spoedeisende hulp. Omdat huisartsen patiënten toch vaak in een wat later stadium zien, is dit belangrijk werk. In de huisartsenpraktijk zal men niet snel hoeven reanimeren of met spoed een infuus hoeven aanleggen. Zo zijn er meer zaken die wellicht wat verder van het dagelijkse werk van een huisarts afstaan. Vanuit mijn ervaring kan ik bepaalde casuïstiek vanuit de eerste hand overbrengen. Dat vind ik heel waardevol."

'Ik ben in de gelukkige omstandigheid dat ik voor al mijn professionele interesses een plekje heb kunnen vinden'

"Ik werk daarnaast inmiddels al een jaar of tien als huisarts-docent bij Amsterdam UMC. Voor mij blijft het werk als onderdeel van een team interessant als contrast met het werk als huisarts, waarbij je vaak toch hele dagen alleen in je spreekkamer zit. Begrijp me niet verkeerd, daar geniet ik enorm van. De meer intensieve, langdurige band die je met patiënten opbouwt is

heel waardevol en die wil ik niet missen. Ik ben in de gelukkige omstandigheid dat ik voor al mijn professionele interesses een plekje heb kunnen vinden.”

Waarom spreekt acute zorg jou zo aan?

“Dat is toch wel een beetje de actie, denk ik. Je weet nooit precies wat er gaat gebeuren op een dag. Je moet snel schakelen, creatief zijn en je kunt ter plekke iets betekenen voor iemand. Maar het laat je ook nadenken over efficiëntie in de zorg en hoe we daar collectief stappen kunnen maken. Een voorbeeld is bijvoorbeeld iemand die 's avonds zijn vinger breekt. Vaak wordt zo iemand direct naar een ziekenhuis gestuurd, met alle druk op de tweedelijns – en kosten – van dien. Terwijl je die vinger prima kunt spalken, met het advies om de volgende dag naar het ziekenhuis te gaan. Vanuit een soortgelijk denken

is ook wat we met SPARR (Spoedarts Rapid Responder) in Den Haag doen ontstaan. Bij ongeveer 20 procent van de ambulanceritten is geen vervoer nodig. En van die 20 procent heeft een groot deel huisartszorg nodig. Door in die gevallen een huisarts in te zetten die door een ambulancechauffeur wordt gereden, ontstaat een efficiënte mix van huisartsen- en ambulancezorg. Door de inzet van de SPARR dokters, blijven er meer ambulances inzetbaar voor spoedritten met vervoer.”

Neem je die ervaring dan ook weer mee een evenemententerrein op?

“Het grijpt allemaal in elkaar uiteraard. Waarbij ik wel wil benoemen dat door de zorg die wij op evenementen leveren, er in de regio waar zo'n evenement plaatsvindt doorgaans heel veel minder druk is op de reguliere zorg,



ambulance en spoedeisende hulp. De evenementenzorg in Nederland heeft zich ontwikkeld van het ooit werken met EHBO-vrijwilligers met tweedehands spullen, tot de hedendaagse inzet van volwaardige en hoogstaande zorgprofessionals op grootschalige evenementen, werkend volgens de nieuwste inzichten en met de modernste apparatuur. Sinds enkele jaren is daarbij de Veldnorm Evenementenzorg van kracht. Deze geeft normen over zorgkwaliteit, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en patiëntveiligheid op evenementen, door de daar actieve zorgprofessionals en -organisaties. Dat maakt dat op evenementen en festivals op hoogwaardige wijze enorm veel zorg wordt afgevangen, die anders in het reguliere zorgdomein terecht zou zijn gekomen. Uiteraard ontkomt je er natuurlijk niet aan dat iemand die op een evenement zijn been breekt naar het ziekenhuis moet, maar we kunnen de meeste zorg echt op het terrein houden.”

‘Door de zorg die wij op evenementen leveren, is er in de regio waar zo’n evenement plaatsvindt doorgaans heel veel minder druk op de reguliere zorg, ambulance en spoedeisende hulp’

Wat is de meest hardnekkige mythe over evenementenzorg?

“Dat het vooral drugsgerelateerde klachten zijn waarvoor je wordt ingezet. Uiteraard worden er drugs gebruikt op festivals. Het aantal mensen dat je daarvoor ziet is echter in de minderheid. Hooguit een derde van de klachten ongeveer, afhankelijk van het soort festival. Het werk behelst in de meeste gevallen spoedzorg die je ook buiten een festivalterrein zou kunnen leveren. Zeker op meerdaagse evenementen heeft traumatologie bijvoorbeeld een evenzo groot aandeel. Mensen worden moe, letten minder goed op en dan zit een ongeluk in een klein hoekje. Het overige deel van de zorg gaat richting patiënten met klachten die je ook in een reguliere huisartsenpraktijk of huisartsenpost zou zien. Denk aan onwelwordingen, mensen met buikklachten, hoofdpijn, et cetera. En vlak ook de mensen met een geschiedenis van mentale klachten niet uit. Die kunnen door de drukte overprikkeld raken, paniekaanvallen krijgen of juist terug

in een depressie schieten. Het gebeurt zeer regelmatig dat dergelijke mensen zich bij de EHBO-post melden.”

‘Het werk op evenementen behelst in de meeste gevallen spoedzorg die je ook buiten een festivalterrein tegen zou kunnen komen’

Welke specifieke rol speel jij in dat geheel?

“Dat hangt letterlijk van de situatie af. We bereiden ons goed voor op een festival door vooraf te kijken naar wat voor publiek er komt, welke middelen er eventueel worden gebruikt, wat de locatie is en hoe weersvoorspelling is. Deze zomer waren er dagen met extreme hitte. Je weet dat je dan in theorie meer mensen met bijvoorbeeld zonnesteek, uitdroging en oververhitting zult moeten behandelen. Als team ben je dan in de aanloop druk bezig om ervoor te zorgen dat je daar volledig op bent voorbereid. Op een evenement doe je het werk waar de situatie om vraagt. Soms lever je spoedzorg en help je mensen met trauma. Op andere momenten, als het wat rustiger is, draai je mee met de EHBO. Mocht het echt heel rustig zijn, ga ik gewoon lekker even naar een band kijken. Ik ben tenslotte als arts op festivals gaan werken omdat ik dát leuk vind. Je weet na al die jaren doorgaans wel welke festivals en evenementen wat drukker zijn, of juist wat rustiger. Maar zelfs dan kan je verrast worden. Zo werkte ik enige tijd terug een doorgaans rustig evenement en had ik wat leesvoer meegenomen om de dag door te komen. Toen zag ik voor me ineens iemand onwel worden in het publiek. Die persoon hebben we toen moeten reanimeren. Dat kan zomaar gebeuren, net als op straat. Alleen dan ben je er als huisarts meestal niet als eerste bij.”

Deze rubriek heet ‘vrije tijd en inspiratie’ en jouw werk is inspirerend. Is er ook nog vrije tijd waarin je een liefhebberij hebt?

Lachend: “Ook dan ga ik naar festivals, haha! Bijvoorbeeld naar Lowlands met mijn gezin, dit jaar. Ik hou van heel veel verschillende soorten muziek, maar ik heb toch wel een voorkeur voor wat meer alternatieve gitaarmuziek. Dus als het even kan, ga ik in mijn vrije tijd naar dat soort festivals. Het festivalseizoen loopt van ruwweg Pasen tot oktober. In de overige maanden ga ik zo veel mogelijk skiën, dat is ook een enorme passie van me. Op de piste probeer ik echter mijn werk zoveel mogelijk achter me te laten, al heb ik de afgelopen jaren af en toe de knieën van ter val gekomen kennissen moeten spalken. Als arts ontkomt je er zelfs daar niet altijd aan!”

Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

Een beschouwing over de moderne zorgverlening volgens Aristoteles

Als de zorg verder democratiseert en digitaliseert, maar het mededogen verdwijnt... Er zijn momenten waarop vooruitgang zich geruisloos aandient. Niet als revolutie, maar als een reeks kleine verschuivingen: een extra scherm in de spreekkamer, een automatische transcriptie na het consult, een patiënt die zijn eigen waarden meet en uploadt. Het zijn de tekenen van een zorgorganisatie die toegankelijker kan worden door snel en onvermijdelijk te digitaliseren.



Maar zoals bij elke vooruitgang dringt zich een klassieke vraag op: wat winnen we en wat dreigen we te verliezen? Om die vraag te beantwoorden, loont het om terug te grijpen op een denker die niets wist van kunstmatige intelligentie, maar alles van overtuiging: Aristoteles. Zijn driedeling van argumentatie - logos, pathos en ethos - biedt een verrassend scherp raamwerk om de digitale transitie in de zorg te begrijpen.

I. Logos: het argument van de rede

Het gebruik van digitale toepassingen stabiliseert in de breedte, terwijl specifieke functies, zoals automatische spraakrapportage, juist versneld worden ingevoerd. Dat is niet verwonderlijk. Iedere huisarts weet hoeveel tijd verloren gaat aan verslaglegging. Als technologie die last kan verlichten, is dat winst.

Ook patiënten bewegen mee. Waar digitalisering ooit vooral een zaak was van jongere, digitaal vaardige groepen, zien we nu een opvallende inhaalslag bij ouderen en mensen met een slechtere ervaren gezondheid. Juist zij meten vaker thuis hun waarden en maken gebruik van digitale communicatie. De groep die traditioneel het meest afhankelijk is van zorg, blijkt zich aan te passen aan de nieuwe werkelijkheid.

En toch wringt er iets. Want terwijl technologie tijd belooft vrij te maken, blijft de werkdruk hoog. Huisartsenpraktijken sluiten hun deuren voor nieuwe patiënten. Verpleegkundigen vinden nauwelijks ruimte voor scholing of intervisie. De paradox is evident: efficiëntie neemt toe, maar de ervaren druk niet af. Dat is geen mysterie, maar een gevolg van keuzes. Tijdwinst verdwijnt niet vanzelf in de leegte; zij wordt

herverdeeld. En in het huidige systeem wordt zij vaak omgezet in meer productie: extra consulten, hogere normen, kleinere marges. Daarmee ontstaat een cruciale vraag: van wie is de tijd die technologie vrijmaakt?

De rede dicteert een helder antwoord. Als digitalisering daadwerkelijk minuten en uren teruggeeft, dan moet die winst expliciet worden geormerkt. Niet impliciet opgeslokt door efficiëntie-eisen, maar bewust ingezet voor datgene wat technologie niet kan vervangen. De klinische praktijk is geen optelsom van meetbare variabelen. Zij is een interpretatieve discipline, waarin context, intuïtie en aandacht onlosmakelijk verbonden zijn met goede zorg. Dat is geen romantisch idee, maar een empirisch gegeven. Technologie kan ondersteunen, versnellen, structureren. Maar zij kan niet zien wat niet expliciet wordt getoond.

‘De tijd die technologie vrijmaakt, behoort toe aan de zorgverlener en de patiënt’

II. Pathos: het argument van het gevoel

Achter de cijfers schuilen mensen. En achter de efficiëntie schuilt ervaring. Voor veel zorgverleners is de dagelijkse praktijk er een van voortdurende spanning. De agenda is vol, de administratie eindeloos, de verantwoordelijkheid groot. Het gevoel tekort te schieten is geen uitzondering meer, maar een terugkerend patroon. Burn-outklachten, morele

'Technologie moet tijd teruggeven, niet nieuwe taken genereren'

stress en somberheid zijn geen randverschijnselen, maar signalen van een systeem dat onder druk staat.

Wat betekent het dan als technologie tijd vrijmaakt, maar die tijd niet voelbaar wordt? Dan slaat de belofte van verlichting om in frustratie. En ook voor patiënten staat er veel op het spel. Digitale zorg kan het patiëntencontact ondersteunen, maar niet vervangen. Er is een verschil tussen zorg die efficiënt is en zorg die bovenal medemenselijkheid toont. Wanneer de vrijgekomen tijd wordt ingezet om meer patiënten per uur te zien, verschuift de zorg ongemerkt van kwaliteit naar kwantiteit. Het consult wordt korter, de ruimte voor nuance kleiner, de kans om 'iets niet-pluis' te signaleren beperkter.

'Compassievolle zorg' is geen abstract begrip. Zij manifesteert zich in evidente betrokkenheid. Onderzoek laat zien dat zorgverleners minder snel uitstromen wanneer zij zich zowel door de patiënten als collega's gezien en gewaardeerd voelen. Dat zij veerkrachtiger zijn wanneer zij invloed hebben op hun werk en ruimte ervaren voor ontwikkeling.

Als digitalisering die ruimte verkleint in plaats van vergroot; als zij zorgverleners reduceert tot uitvoerders van protocollen en algoritmen, dan ondermijnt zij precies datgene wat zij zou moeten versterken. Compassie is geen restcategorie. Het is geen luxe die pas aan bod komt als alle andere taken zijn afgehandeld. Het is de kern.

III. Ethos: het argument van de geloofwaardigheid

Hier raakt de discussie aan haar meest fundamentele laag: de vraag naar geloofwaardigheid en verantwoordelijkheid. Beleidsmakers spreken graag over 'mensgerichte zorg' en 'de patiënt centraal'. Het zijn woorden die vertrouwen moeten wekken, richting geven, legitimiteit creëren. Maar woorden ontlenuen hun kracht aan de mate waarin zij worden waargemaakt. De geloofwaardigheid van het zorgsysteem hangt in dit kader af van één concrete vraag: wat gebeurt er met de tijd die technologie vrijmaakt?

Als een huisarts dankzij AI-ondersteuning twintig minuten per dag wint, maar die tijd wordt direct ingevuld met extra consulten omdat de financiering dat vereist, dan is de belofte van mensgerichte zorg leeg. Dan wordt technologie een instrument van kostenbeheersing, verpakt in de taal van vooruitgang. Ethos vraagt om consistentie tussen zeggen en doen. Dat betekent concreet dat er keuzes gemaakt moeten worden.

Ten eerste: technologie moet tijd teruggeven, niet nieuwe taken genereren. Systemen die extra registraties, wachtwoorden en schermen introduceren, ondermijnen hun eigen doel. Tijdwinst moet herkenbaar en beschermd zijn.

Ten tweede: zorgverleners moeten zeggenschap hebben over de inzet van technologie. Niet als uitvoerders van bovenaf opgelegde systemen, maar als mede-ontwerpers van hun werkproces. Professionele autonomie is geen obstakel voor innovatie, maar een voorwaarde voor succesvolle implementatie.

Ten derde: er moet structureel ruimte zijn voor reflectie, scholing en onderlinge uitwisseling. In een complexer en digitaal systeem neemt de behoefte aan gezamenlijke duiding toe, niet af. Collegiale steun is geen luxe, maar een fundament.

Ethos betekent dat we een norm durven stellen. Die norm is eenvoudig en radicaal tegelijk: de tijd die technologie vrijmaakt, behoort toe aan de zorgverlener en de patiënt.

Conclusie

Wanneer we de drie pijlers van Aristoteles naast elkaar leggen, ontstaat een opmerkelijke eensgezindheid. De rede laat zien dat digitalisering reële zorgtoegankelijkheid en tijdwinst kan opleveren. Het gevoel maakt duidelijk dat die tijdwinst alleen betekenis heeft als zij ervaren wordt als ruimte: voor aandacht, voor herstel, voor verbinding. En dat deze belofte beleidsmatig waargemaakt wordt. Tijd voor compassie is geen restproduct van efficiëntie, maar het doel waarvoor die efficiëntie bestaat.

Dr. Wolter Paans

Lector Verpleegkundige Diagnostiek Hanzehogeschool, Groningen



Gebruikte literatuur

- Nivel Nieuws, 26 maart 2026: "Grotere toename onder ouderen"
- Nivel, RIVM en NeLL, Monitor Digitale Zorg 2025, gepubliceerd 9 maart 2026
- Nivel Infographic, Heins, Hek, Knottnerus en Vanhommerig, "Gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk", 2026
- Nivel Nieuws, Kim de Groot, 11 maart 2026: "Verbeterpunten in de wijkverpleging"
- Nivel Nieuws, 5 november 2024: "Meer erkenning en waardering kan uitstroom in de sector zorg en welzijn verkleinen"
- Nivel Nieuws, 13 juli 2023: "Verpleegkundigen voelen zich veerkrachtiger wanneer ze zeggenschap ervaren en ook een open teamcultuur werkt mee"
- Nivel Nieuws, 12 juli 2023: "Problemen in huisartsenpraktijken groeien: veel patiëntenstops, onverminderd hoge werkdruk en naar verwachting grotere personeelstekorten"

Maak kennis met Dexcom Academy



Diabeteseducatie op maat



Een greep uit ons aanbod:



Webinar: Nieuwe glucosesensoren de toekomst van diabetes type 2 zorg (geaccrediteerd)



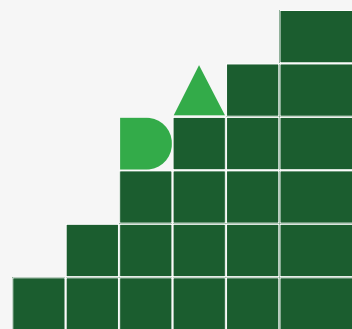
Cursus: CGM als hulpmiddel voor gedragsverandering bij type 2 diabetes



Vraag een Dexcom ONE+ proefsensor aan



Meld u vandaag nog aan
en vergroot uw kennis over
diabeteszorg.



FTO-module over post-COVID

Ben jij zoekend hoe je je patiënten met post-COVID het beste kunt herkennen, begeleiden en behandelen? Vanuit het post-COVID Netwerk Nederland (PCNN) is een FTO-module ontwikkeld om huisartsen en apothekers meer kennis te bieden over dit ziektebeeld. Voor FTO-groepen die graag professionele ondersteuning willen bij een bijeenkomst over dit onderwerp is gratis begeleiding door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) of C-support mogelijk.

FTO-module post-COVID

In 2025 ontwikkelde het IVM, in samenwerking met C-support, KNMP, Long Covid Nederland en post-COVID expertisecentra een FTO-module over post-COVID. Dit gebeurde in het kader van het PCNN met financiering door ZonMw.

De module is gebaseerd op diverse bronnen waaronder de NHG-Standaard 'Langdurige klachten na COVID-19' (2022) en de Kennisbundeling post-COVID (update 2024). In de in 2026 uitgevoerde update is ook de nieuwe integrale handreiking van PCNN verwerkt. Je kunt deze raadplegen via de QR-code.



Toegankelijke en up-to-date kennis met gratis materialen

Het doel van de FTO-module is om huisartsen en apothekers meer aanknopingspunten te bieden om patiënten met post-COVID op de juiste manier te (h)erkennen, begeleiden en behandelen.

De module bevat diverse werkvormen waarmee je een interessant programma kunt samenstellen, zoals een interactieve kennistoets en een presentatie met een breed scala aan aandachtspunten en casuïstiek.

Na afloop van een bijeenkomst:

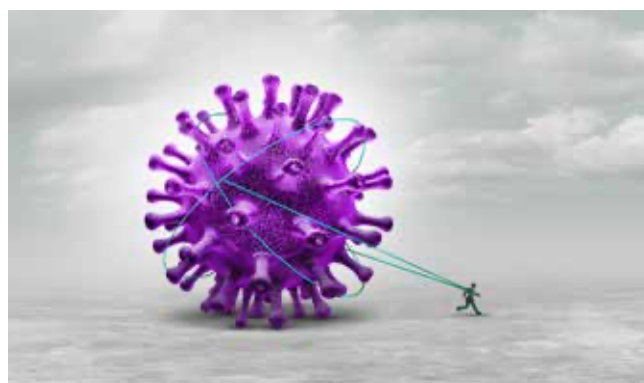
- Weten deelnemers wat post-COVID is en wat de waarschijnlijke oorzaken zijn.
- Herkennen en erkennen deelnemers post-exertionele malaise (PEM), mestcelactivatiesyndroom (MCAS) en posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom (POTS).
- Kunnen deelnemers de juiste behandeladviezen geven bij PEM, MCAS en POTS.
- Kennen deelnemers de adviezen met betrekking tot het behandelen van andere specifieke klachten of symptomen die bij post-COVID kunnen optreden.
- Maken de deelnemers afspraken over de (medicamenteuze) behandeling van klachten/symptomen van post-COVID en het geven van voorlichting hierover.
- Kunnen deelnemers de integrale handreiking post-COVID toepassen in hun dagelijkse praktijk.

Gratis begeleiding vanuit C-support of IVM

Wil je als FTO-groep aan de slag met het onderwerp post-COVID? Dan kun je hierbij gratis begeleiding krijgen door een arts van C-support of een apotheker van het IVM.

De arts of apotheker helpt met de voorbereidingen en begeleiding van de bijeenkomst. In 2025 en 2026 zijn al 18 FTO-groepen begeleid. Inmiddels is er ruimte voor de begeleiding van 30 extra FTO-groepen in 2026.

Aanmelden is nog mogelijk!
Scan de QR-code voor meer informatie.



Liever zelf de bijeenkomst voorbereiden?
Dat kan uiteraard ook met de module Post-Covid. Download deze via de QR-code en behandel het thema in de FTO.



Het IVM is de enige neutrale organisatie die de kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid van het geneesmiddelengebruik verbetert. Het IVM doet dat door beleid en wetenschap te vertalen naar praktische handvatten voor iedereen die in de dagelijkse praktijk met medicijnen te maken heeft.



Instituut
Verantwoord
Medicijngebruik

Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP)

Aandacht voor constitutioneel eczeem

Meer begrip en betere zorg door eenduidige informatie

Het is algemeen bekend dat constitutioneel eczeem een huidaandoening is die veel voorkomt. De impact ervan wordt echter vaak onderschat. Dit terwijl er voor de meeste patiënten oplossingen zijn die de kwaliteit van leven enorm kunnen verbeteren

De behandeling kan soms lastig vol te houden zijn door ingewikkelde smeerschema's en het vermijden van uitlokkende factoren. Het is voor zowel patiënt als zorgverlener een speurtocht om tot de best werkende oplossing te komen. Daarvoor is eenduidige informatie en een adequate behandeling noodzakelijk. In een wereld waarin – zeker online – veel onvolledige of verkeerde informatie te vinden is, is er behoefte aan duidelijkheid.

Zodoende heeft het Nationaal Constitutioneel Eczeem Project (NCEP), een samenwerking tussen zorgverleners en patiënten (VMCE, NVDV, KNMP, NVK, V&VN, NVH, NAPA, AJN, Optima Farma, JongPit, Pharos, Huidfonds en Thuisarts), de handschoen opgepakt om begrijpelijke, betrouwbare en éénduidige informatie en materialen over constitutioneel eczeem te ontsluiten. Gezamenlijk realiseren zij onder meer het platform www.eczeemwijzer.nl. Dit bevat veel informatie voor patiënten, die hierdoor meer grip op hun aandoening kunnen krijgen, maar óók tools en scholing voor zorgverleners.

Zoveel te halen

“Dat is belangrijk! Want je merkt dat er over de hele linie, zowel in de eerste- als tweedelij, een beetje een vastgeroest beeld hieromtrent bestaat”, zo stelt Verena Dirkse, 15 jaar huisarts en praktijkhouder in Den Haag. Sinds 2019 werkt ze ook als opleider. Ze is altijd op zoek naar verbinding in haar werkzaamheden en projecten om de zorg verder te brengen. “Zo ben ik bij het NCEP terechtgekomen. Om me heen zag ik dat op het gebied van constitutioneel eczeem in veel gevallen nog de geijkte adviezen worden gegeven, die eigenlijk helemaal niet meer kloppend zijn. Ik vermoed dat men er soms niet echt goed in zit omdat het een wat oninteressant onderwerp gevonden wordt. Zonde, want vaak wordt er niet bij stilgestaan dat patiënten door veel klachten en

belemmeringen in het dagelijks leven veel kwaliteit van leven inleveren. Het is belangrijk dat het wél interessant en spannend gevonden gaat worden, want er valt zoveel te halen!”

Erkenning van de aandoening

Laura (56 jaar), senior beleidsmedewerker bij een ministerie in Den Haag, is met eczeem geboren en heeft omdat ze er niet overheen is gegroeid heel haar leven eczeemzorg. “Vroeger was het gebruikelijk dat je als patiënt direct werd doorgestuurd naar een dermatoloog. Eenmaal onder behandeling, bleef je vaak in de tweedelij. Dat geldt ook voor mij. Nu gaan we naar een situatie dat mensen zoals ik geacht worden om naar de huisarts te gaan voor het reguliere onderhoud. Daar moet ik eerlijk gezegd na al die jaren wel aan wennen. Je wordt uitgeschreven uit het ziekenhuis, terwijl je natuurlijk nog wél patiënt bent en de beste zorg wilt ontvangen. Als patiënt ben ik heel blij met de hernieuwde aandacht voor mijn aandoening vanuit huisartsen, de erkenning van de complexiteit daarvan en de goede zorg die ik de afgelopen tijd vanuit de huisarts ervaar.”

‘NCEP is een initiatief om begrijpelijke, betrouwbare en éénduidige informatie en materialen over constitutioneel eczeem te ontsluiten’

Grillige huidaandoening

Anne-Moon van Tuyl van Serooskerken specialiseerde zich in Maastricht tot dermatoloog en werkt sinds 2011 in het HagaZiekenhuis en Juliana Kinderziekenhuis. Zij is, samen met Inge Haeck, één van de initiatiefnemers achter het NCEP en ook van mening dat zorgverleners

de impact van een leven met eczeem moeten beseffen. "Het is een heel grillige huidaandoening, die voor iedere patiënt net een beetje anders is en zorg op maat vraagt. Ik hoop dat het besef wat constitutioneel eczeem met iemand doet steeds meer gaat leven. En vooral hoe gedegen uitleg, begeleiding en behandeling iets kunnen betekenen. Zeker gezien de verwarring die er op dit gebied is, in een wereld waarin sociale media een enorme rol spelen. De afgelopen jaren zagen ik en andere dermatologen met regelmaat mensen die eerder hoorden dat ze 'er maar mee moesten leren leven'. Doorverwezen door zorgverleners die zich nooit hebben gerealiseerd hoe complex een leven met eczeem is, wat er allemaal mogelijk is, en dat je daar als patiënt – als je daar behoefte aan hebt – toch wel echt uitleg bij nodig hebt. Wie deze geeft maakt mij niet uit, of het nu een huidtherapeut, verpleegkundige of verpleegkundig specialist, een huisarts, een dermatoloog, een jeugdarts of de apotheker(sassistent) is. Het gaat mij erom dat patiënten uitleg en begeleiding krijgen. Deze moet over de gehele keten van zorgverleners hetzelfde en aanvullend zijn. Het NCEP biedt zorgverleners scholing, handvatten en tools voor het behandelen, informeren en begeleiden van mensen met constitutioneel eczeem."

Mee blijven bewegen

Huisarts Dirkse voegt toe dat het ook zeker van belang is om bij die begeleiding mee te blijven bewegen met de levensfasen van een patiënt. "Allereerst is het van belang om zeker in de beginfase uit te blijven leggen wat eczeem is en dat een patiënt er niet altijd overheen groeit. Zeker bij een eerste gesprek slaan patiënten lang niet alle informatie goed op, dus in die fase werkt echt de kracht van herhaling. Daarna is het zaak ondersteuning te blijven bieden. Het is namelijk

zeker niet zo dat als een patiënt eenmaal de informatie wel goed tot zich heeft genomen en je gezamenlijk tot een succesvol behandelplan bent gekomen, je er dan bent. Constitutioneel eczeem is een aandoening waar vaak in bepaalde levensfasen weer nieuwe facetten bij komen. Bijvoorbeeld door zwangerschap of de overgang, maar ook – we hebben nu een warme zomer gehad bijvoorbeeld – het veranderende klimaat. En dan hebben patiënten steeds weer een andere begeleiding en andere adviezen nodig."

'Constitutioneel eczeem is meer dan een aandoening waarbij je dagelijks jeuk hebt'

Kwaliteit van leven

"Het is goed om te melden dat een hele grote groep jonge kinderen wél over de klachten heen groeit", aldus Van Tuyll van Serooskerken. "Dus niet over de aanleg, wel over de klachten. Maar ook voor die groep geldt dat, tot ze er overheen groeien, eczeem echt een enorme impact op de kwaliteit van leven kan hebben." Niet alleen de kinderen, ook hun ouders krijgen met die impact te maken. Zij hebben veel vragen over de aandoening en de manier waarop ze hun kinderen het beste kunnen begeleiden. "Dan is de eerste klap echt een daalder waard, ook op die leeftijd al. Als jij nooit uitgelegd hebt gekregen hoe jouw huid of aandoening werkt, dan ga



je toch op zoek. Je merkt dat kinderen en vooral ook hun ouders oorzaken gaan zoeken die mogelijk niets met deze huidaandoening te maken hebben. En ook dat patiënten op latere leeftijd het zichzelf heel moeilijk kunnen maken óf zichzelf juist tekortdoen.” Dirkse: “Ik zie het ook in mijn praktijk, mensen die na een in eerste instantie succesvolle behandeling denken dat het voorbij is en dan teleurgesteld zijn dat het tóch niet over is. Dan moet je uitleggen dat het misschien niet helemaal overgaat, of hoe eczeem rustiger kan worden, maar uiteindelijk toch weer de kop op kan steken. Goede en vooral eerlijke en heldere uitleg is zo belangrijk.”

De juiste tools

De ontwikkelingen op het gebied van constitutioneel eczeem blijven elkaar opvolgen, de informatie die het NCEP ontsluit blijft daarmee ook groeien. Met de juiste tools kunnen goede stappen worden gemaakt. Van Tuyll van Serooskerken: “In principe weten we heel veel van deze huidaandoening. Een aantal dingen, zoals het immuunsysteem en aanleg, werkt voor iedereen min of meer hetzelfde. Maar wat vervolgens de triggers zijn, dát is voor iedereen anders en daar moet je als zorgverlener samen met de patiënt even rustig voor gaan zitten. En dan is het nuttig om de ‘stepped care’-aanpak uit de richtlijnen in te zetten. Die is voor iedereen anders. Wat voor de een werkt, is voor de ander mogelijk niet genoeg en dan moet je een stapje verder gaan. Het grootste deel van de patiënten kan volgens deze ‘stepped care’ zeer goed in de huisartsenpraktijk behandeld worden. Het is belangrijk om als huisarts te weten dat je een belangrijke rol kunt spelen. Vanwege de impact van de aandoening, maar ook omdat je echt problemen kan voorkomen als eczeem in

een vroeg stadium goed behandeld wordt. Die behandeling is ingewikkeld, met zalven en het vermijden van prikkels. Deze wordt grotendeels door de patiënt in de thuissituatie uitgevoerd en daar hebben mensen eenduidige uitleg en een adequate behandeling bij nodig. Uit het Zinnige Zorg Verbetersignalement Eczeem en onderzoek blijkt dat veel patiënten beiden niet altijd krijgen. Om dat te veranderen en om zorgverleners en patiënten daarbij bij staan werd het NCEP opgericht. We hebben het allemaal druk, maar met behulp van tools, scholing, eenduidige patiënteninformatie voor alle leeftijden en begripsniveaus en door samen te werken, hoeft uitleg en begeleiding

‘Het is belangrijk om als huisarts te weten dat je een belangrijke rol kunt spelen’

niet veel tijd te kosten. Sterker nog; mogelijk levert het uiteindelijk tijd op doordat we het zelfmanagement van patiënten ondersteunen en problematiek voorkomen.”

Levenslange zoektocht

Laura noemt het leven met constitutioneel eczeem een levenslange zoektocht naar passende behandelingen. Daarbij speelt mee dat het eczeem zich over de tijd ontwikkelt en zich anders openbaart. Je ziet ook wel een stukje verlichting ontstaan als je ouder wordt. Helaas





ontstaat er ook eczeem op andere plekken. Als kind zit het vooral in de elleboogholtes en knieën. Op oudere leeftijd is het hardnekkiger en zit het meer in het gezicht, de hals en op de handen, kwetsbare en zichtbare lichaamsdelen die lastig – of zelfs niet – af te dekken zijn. Nu ben ik niet heel gevoelig voor uiterlijkheden, maar het kan op die plekken heel pijnlijk zijn. Verder heb je als eczeempatiënt te maken met aanverwante aandoeningen, zoals hooikoorts en astma plus diverse overgevoeligheden. Ik kan bijvoorbeeld geen wollen kleding dragen. Synthetische kleding is ook vaak niet fijn. En ik heb een zonne-overgevoeligheid ontwikkeld, die kwam er 18 jaar geleden bij. Dus ik kan niet zomaar langs de lijn bij mijn kinderen staan of spontaan een terrasje pakken zonder daarvan de gevolgen te ondervinden. Ik heb nu een heel fijn medicijn, waarvan ik hoop dat ik het heel lang mag blijven gebruiken. Dat haalt de gevoeligheid ervan af. Het accepteren van die al die ontwikkelingen, je hele leven lang, dat vraagt best veel van je.”

Levensveranderende impact

“Wat we ons vaak niet realiseren, maar wat veel mensen in de spreekkamer mij vertellen, is dat het meer dan een aandoening is waarbij je dagelijks jeuk hebt”, zo zegt dermatoloog Van Tuyll van Serooskerken. “Het is iets waar

je buiten de jeuk en de zichtbaarheid ook continu praktisch mee bezig bent. Welke sport kan wel of niet, welke producten kan ik wel of niet gebruiken, wat gebeurt er als ik zweet, welke kleding kan ik dragen... Constitutioneel eczeem kan daarbij ook tot mentale problemen leiden. Mensen realiseren zich dat vaak niet of snappen niet hoe iemand dat ervaart, zelfs niet als het iemand uit de eigen omgeving betreft. Ook hiervoor blijft goede voorlichting noodzakelijk.” Dirkse voegt toe dat de impact voor iedere patiënt volkomen anders is. “Waar de een last heeft van de warmte, heeft een ander juist meer last in de winter. Maar als huisarts moet je weten en ook duidelijk maken aan je patiënten dat we goed kunnen behandelen. Misschien duurt het even tot we de meest succesvolle behandeling vinden, bij de een ben je er met de juiste zalven, bij de ander moet je toch een stapje verder of kiezen voor medicatie erbij. We hebben steeds meer mogelijkheden om eczeem goed te behandelen. En je zal daarmee wellicht niet genezen, maar als je de klachten met 80 procent kan verbeteren, dan kan dat gewoon écht levensveranderend zijn. Dat kan je als zorgverlener voor iemand betekenen en daar spelen we allemaal een rol bij.”

Meer informatie:
www.eczeemwijzer.nl

SELECTIE

Op de fiets!

Voor de sportievelingen onder ons en dat zijn we allemaal... toch?! Het boek 'De sportapothek' van apotheker en sportvoedingsexpert Charlotte Meersschant is een heus 'fietsbijbeltje'. Want als sporter ben je altijd op zoek naar de beste informatie en word je tegelijk overspoeld door 101 adviezen. Hoe maak je de beste keuzes, hoe zorg je voor voldoende energie en een goede vochtbalans. En wat kun je doen om beter te herstellen en kun je zadelpijn voorkomen bijvoorbeeld. Dit en meer behandelt Charlotte in het boek 'De Sportapothek', 'dat ze zelf had willen lezen toen ze 15 jaar geleden haar eerste racefiets kocht'.

Juist door haar achtergrond als apotheker ontkracht ze met kennis van zaken mythes en hypes en biedt ze concreet wetenschappelijk onderbouwd advies. Dit alles vertaald naar jouw persoonlijke sportieve ambities. Hup, op de fiets!

Via de diverse (online) boekwinkels
ISBN 9789059961517 | € 24,99



Een blik op het leven en de dood

"Ik ben eigenlijk pensioengerechtigd, maar daar wil ik niet aan denken. Ik hou van dit vak!"

Dit zei de gepassioneerde Mahmoud Zahrai, huisarts uit Ridderkerk, in editie 1 van HuisartsenService vorig jaar. Hij deed de artsopleiding aan de universiteit in zijn geboorteland Iran, maar moest in het laatste jaar van zijn opleiding vluchten vanwege de politieke onrust in het land. In Nederland pakte hij zijn studie in de zorg op, maar werd hij in plaats van cardioloog huisarts. Maar het bleek zijn droombaan, want hij zou wel door willen werken tot zijn 75e!

Nu is er zijn boek 'Een blik op het leven en de dood', waarin hij 31 indringende korte patiëntverhalen deelt, waarbij vooral de mens erachter centraal staat. *"Arts zijn, mensen beter maken, dat werkt voor mijn als therapie"*, zei hij daarover in HuisartsenService.

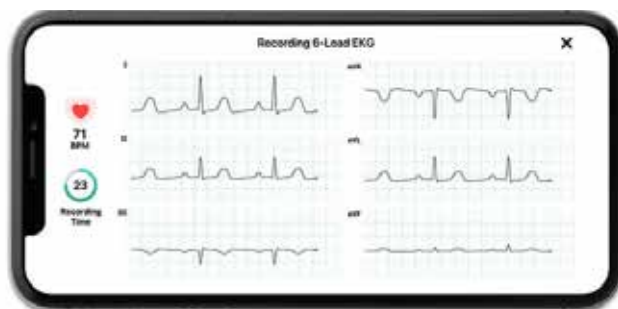
Zijn boek is nu verkrijgbaar via onder meer Boekscout en Bruna
ISBN 9789465449463 | € 20,99



Nauwkeurige analyse ECG-opnamen plus extra's

KardiaMobile met KardiaCare geeft je de mogelijkheid om zes van de meest voorkomende aritmieën te detecteren bij elk ECG die je maakt. Met het AliveCor Kardia Mobile 6L 6-kanaals ECG-apparaat krijg je een nauwkeurige analyse van je ECG-opname en profiteer je van exclusieve functies zoals beoordelingen door artsen en rapporten over de gezondheid van het hart. Je ontvangt hierbij een gratis draagtas ter waarde van € 24,95.

Te bestellen via Medische Vakhandel.nl voor € 165,28 exclusief BTW.



De vraag waar niemand voor komt (maar waar veel patiënten iets aan hebben)

In een huisartsenpraktijk worden dagelijks talloze vragen gesteld. Over pijnklachten, medicatie, slaap, bloeddruk en nog veel meer. Vrijwel nooit maakt een patiënt een afspraak om over roken te praten. En toch is er misschien geen andere vraag die zoveel gezondheidswinst kan opleveren als: "Hoe kan ik het beste stoppen met roken?"

Juist omdat roken zelden de directe aanleiding voor een consult is, blijft het onderwerp soms onbesproken. Terwijl vrijwel iedere ontmoeting met een rokende patiënt een kans biedt om gezondheidsschade te voorkomen. Daar is geen uitgebreid gesprek voor nodig. Onderzoek laat zien dat een kort stoppen-met-rokenadvies de kans op een stoppoging aanzienlijk vergroot.

Het VBA+ in drie stappen

Het Very Brief Advice Plus (VBA+) is gebaseerd op drie eenvoudige stappen:

1. Vraag: "Nu je hier toch bent... rookt je (nog)?"
2. Vertel: "Stoppen lukt het best met begeleiding en eventueel medicatie. Dat wordt vergoed. Zou je dit willen?"
3. Verwijs warm: Bij een 'ja' of twijfel: bied een warme verwijzing aan naar een stoppen-met-rokenbegeleider die een eerste verkennend gesprek kan inplannen.

Samen kost dit ongeveer één Stopminuutje.

De daadwerkelijke rookstopbegeleiding hoeft daarbij niet door de huisarts zelf te worden gegeven. In veel praktijken vervult de praktijkondersteuner hierin een belangrijke rol. Daarnaast zijn erkende stoppen-met-rokenbegeleiders in de buurt eenvoudig te vinden via ikstopnu.nl/buurt. Zo kan met een kort advies de eerste stap worden gezet, terwijl de verdere begeleiding wordt overgenomen door professionals die hierin gespecialiseerd zijn.

Autogordels en roken?

Het mooie is dat deze aanpak niet afhankelijk is van de reden van het consult. Of iemand nu komt voor een luchtweginfectie, diabetescontrole of een verstuite enkel; de gezondheidswinst van stoppen met roken blijft relevant. Het gesprek hoeft bovendien niet overtuigend of confronterend te zijn. Een neutrale, feitelijke uitnodiging is vaak voldoende.

Vergelijk het met het dragen van een autogordel. We verwachten niet dat iemand na één opmerking direct zijn gedrag verandert. Toch blijven we het belang benoemen, omdat we weten dat het werkt. Met een stoppen-met-rokenadvies is het niet anders. Veel stoppogingen beginnen niet met een besluit, maar met een gedachte. Een zaadje dat ergens tijdens een consult wordt geplant.

De vraag is dus niet of een patiënt voor roken komt. Vrijwel niemand doet dat. De vraag is of roken onbesproken blijft. Want de vraag waar niemand voor komt, kan voor veel patiënten het begin zijn van een rookvrij leven.



Jouw hulp is cruciaal voor de stopper.

Houd rekening met deze **3 stappen** wanneer je je patiënten helpt te stoppen met roken.

1

Kies de juiste dosering en basisondersteuning

**Adviseer een Nicorette®
16-uur pleister!**

- ✓ **Vermijd onderdosering!**^{1,2}
Maak gebruik van de 25 mg pleister.
- ✓ **Veroorzaakt geen slaapstoornissen.**^{2,3,4}
Draag overdag de pleister en trek hem 's avonds af, om de nicotinebehoefte optimaal te dekken
- ✓ **9 op 10 rokers roken 's nachts niet.**
Volg het ritme van de roker!⁵

Basisondersteuning

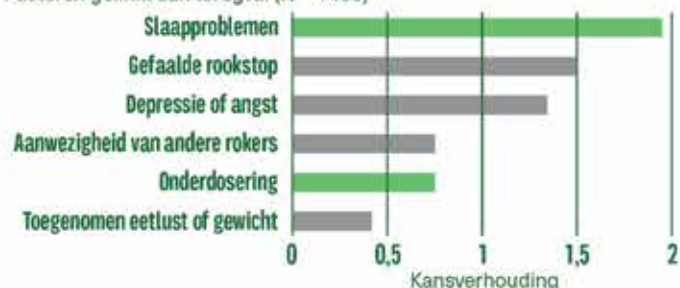


Bereken de dagelijkse dosis nicotine:

Zware rokers (≥ 15 sigaretten per dag)	Doais = 1 sigaret x 1,5 mg*
≥ 15 sigaretten	≥ 22,5 mg nicotine
16-20 sigaretten	24-30 mg nicotine
≥ 21 sigaretten	≥ 31,5 mg nicotine

Slapeloosheid en onderdosering vergroten het risico op terugval!

Factoren gelinkt aan terugval (N = 1466)



*Voor zware rokers (≥15 sigaretten per dag), rokers die last hebben van doorbraakhunkeringen, of indien monotherapie niet heeft geholpen.
Slechts één flexibele vorm gebruiken per 24 uur.
CBG Informatiebank: https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/orde/t?p=1113::SEARCH::P0_DOMAIN,P0_LANG,P3_RVG1::H,NL
Bronnen: 1. Zhou et al. Addict Behav. 2009;34(4):365-73. 2. Tonnesen et al. Eur Respir J. 1999 Feb;13(2):238-46. 3. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) Guidelines English Edition 2025. 4. Singh et al. Cureus. 2023;15(11):e49162. 5. McNamara et al. Psych Health Med. 2014;19(4):410-9. 6. Benowitz Handb Exp Pharmacol. 2009;192:29-60. Connolly et al. Tob Control. 2007 Oct;16(5):e5. 7. Blöndal et al. BMJ. 1999;318(7179):285-8. NL-NIC-2026-348586.

Adviseer de juiste therapie.

nicorette®
Overwin jezelf

2

Geef rokers 2x meer kans om succesvol te stoppen met Combinatie Therapie^{3,7*}

Combineer de pleister als basisondersteuning met een oromocusaal middel van max. 2 mg voor de moeilijke momenten

Op moeilijke momenten

+



OF



3

Bouw geleidelijk af: 12 weken therapie

Doseringsschema Pleister

Zware roker
≥15 sigaretten per dag

Stappen	Weken	Patches
1	8	25 mg
2	2	15 mg
3	2	10 mg

Matige tot lichte roker
< 15 sigaretten per dag

Stappen	Weken	Patches
1	8	15 mg
2	4	10 mg

**Ondersteun uw patiënt
met passend advies.**

Scan de QR en
bestel hier **gratis**
materialen.



Uw Partner In onderzoek en advies

Onaangename situatie in de zorg? Wij bieden helderheid en perspectief.

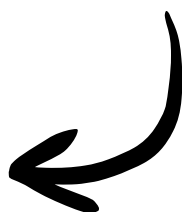
Een incident in het zorgproces raakt cliënten, familie, medewerkers én de organisatie. Vragen stapelen zich op: *Hoe kon dit gebeuren? En hoe voorkomen we herhaling?*

Met onafhankelijk en deskundig onderzoek brengen wij de feiten én leerpunten boven tafel. Zo ontstaat inzicht, erkenning en vooral: handvatten om in de toekomst veiliger en sterker verder te gaan.

Ons aanbod

- Extern onafhankelijk calamiteitenonderzoek
- PRISMA- en SIRE- analyses
- Safety-II het nieuwe veiligheidsdenken
- Herstelgericht werken & learning teams
- Onderzoek naar klachten, ketensamenwerking en grensoverschrijdend gedrag
- Aanpak bij geweld in de zorgrelatie

Meer weten? Scan de QR-code en plan vrijblijvend een afspraak.



Contact:



085-4874012



info@quasir.nl

UIT GENEESMIDDELVIJZER

David Wagemaker, apotheker en initiatiefnemer van ApotheekKennisbank en BijsluitersPlus, licht elke editie van HuisartsenService magazine een artikel uit Geneesmiddelwijzer.

Sick days

Sick days, 'ziektedagen', zijn periodes met een verhoogd risico op dehydratie door bijvoorbeeld diarree, braken of koorts. Meer dan drie keer per dag waterdunne diarree, meer dan drie keer per dag braken of langer dan twee dagen koorts boven 38,5 °C. Bij één van deze situaties kan tijdelijke aanpassing van medicatie noodzakelijk zijn. Het criterium voor aanhoudende hitte is een verwachting van een periode van vier of meer dagen met een maximumtemperatuur boven de 27 °C. Deze definitie is anders dan de definitie voor een hittegolf. Het Nationaal Hitteplan gebruikt het criterium voor aanhoudende hitte, omdat dat vooraf te voorspellen is.

Gevolgen bij dreigende uitdroging

Een verstoorde elektrolytenbalans kan leiden tot klachten als vermoeidheid, hoofdpijn en spierkrampen. Veelvoorkomende problemen bij (dreigende) uitdroging zijn dehydratie en acute nierschade. Aanwijzingen voor dehydratie zijn onder andere gewichtsverlies, orthostase, verminderde en donkere urineproductie, dorst, sufheid of verwardheid en (neiging tot) flauwvallen. Een belangrijk symptoom van een hitteberoerte is vaak het stoppen met zweten. Verdere symptomen zijn: lichaamstemperatuur boven 39°C terwijl diegene het tegelijkertijd koud kan hebben, suf en verward gedrag, een rode huid, hoge hartslag, misselijkheid, stuiptrekkingen, bewustzijnsverlies. Ouderen vormen een risicogroep vanwege zowel fysiologische, cognitieve als gedragsfactoren. Bij baby's, peuters en jonge kinderen onder de vijf jaar leidt overgeven of diarree sneller tot uitdroging dan bij volwassenen. Overige risicogroepen zijn onder andere zwangeren/alcoholgebruikers en mensen met diabetes/hartaandoeningen/obesitas/psychische gezondheidsproblemen of een verstandelijke beperking.

Medicijn groepen en hitte

SADMAN(S) is een ezelsbruggetje voor geneesmiddelgroepen die bij ziekte, uitdroging of hitte tijdelijk gestaakt moeten worden. Het is bedoeld om acute nierschade en ernstige bijwerkingen te voorkomen op momenten dat het lichaam uitdroogt:

S - Sulfonylureumderivaten (o.a. gliclazide, glimepiride)
A - ACE-remmers (o.a. enalapril, lisinopril, ramipril)
D - Diuretica (o.a. bumetanide, chloortalidon, furosemide, hydrochloorthiazide, spironolacton)



M - Metformine, door uitdroging risico op lactaatacidose
A - Angiotensine II-receptorblokkers (o.a. candesartan, losartan, valsartan)
N - NSAID's (o.a. celecoxib, ibuprofen, diclofenac, naproxen)
S - SGLT2-remmers (diabetes/hartfalen medicatie zoals dapagliflozine, empagliflozine)
Bijna al deze middelen kunnen bij uitdroging acute nierschade veroorzaken. Van de SU-derivaten hebben glimepiride en tolbutamide een gemiddeld risico en gliclazide een laag risico om bij een lage eGFR hypo's veroorzaken. Metformine kan een lactaatacidose veroorzaken.

Adviezen bij leeftijd >70 jaar óf chronische nierschade hebben (eGFR <60) en gebruiker zijn van

- Diuretica en RAAS-remmers (ook aldosteronreceptor blokkers) halveren
- SGLT2-remmers staken
- ½ liter extra vochtinname: dus minimaal 2 - 2½ liter per dag.

In de NHG-Standaard Chronische nierschade wordt geadviseerd om tijdens sick days een andere tijdelijke aanpassing van medicatie te overwegen: diuretica tijdelijk staken en RAAS-remmers tijdelijk halveren.

Hartfalen

- Beleid is afhankelijk van de ernst van de uitdroging. Bij lisdiuretica wordt overwogen de dosering tijdelijk te halveren in plaats van volledig te staken, om zowel dehydratie als cardiale decompensatie te voorkomen.
- Adviseer ongeveer 500 ml extra vocht per dag, boven op de eventuele vochtbeperking, tenzij er tekenen zijn van overvulling (zoals toegenomen kortademigheid, oedeem of snelle gewichtstoename). Stem dit af op de klinische situatie.

NHG zegt daarnaast NSAID's tijdelijk staken, net als metformine tijdelijk staken.

Overige geneesmiddelgroepen die extra aandacht verdienen bij dreigende dehydratie of acute nierinsufficiëntie:

- Geneesmiddelen met een risico op intoxicatie bij dehydratie: lithium, digoxine, sotalol, anti-epileptica.
- Middelen die alertheid verminderen: benzodiazepines, opioïden.

Dermatoloog

Michelle Sprockel

'Ik streef ernaar om huid en ziel te verbinden'

Recent organiseerde Mednet een aantal interactieve live Q&A's in het kader van hun 'Summer School', een reeks flexibel geaccrediteerde on-demand webinars afgestemd op de huisartsenpraktijk. Één daarvan was de Summer School Huidkanker, waarin dermatoloog Michelle Sprockel (Dijklander Ziekenhuis) in gesprek ging met huisartsen op het gebied van huidkankerherkenning en -behandeling. "Een belangrijk onderwerp", zo zegt zij. "Zo'n 40 procent van de patiëntcontacten in de huisartsenpraktijk is dermatologisch gerelateerd. De ontwikkelingen op dat gebied gaan snel en dus is het zaak om bij te blijven."

"Ik streef ernaar om huid en ziel te verbinden", zo zegt dermatoloog Michelle Sprockel. "Mensen zitten letterlijk en figuurlijk lekkerder in hun vel als huidproblemen goed worden aangepakt." Daarom houdt zij zich als onderdeel van haar werk, naast algemene en oncologische dermatologie, ook bezig met de psychosociale aspecten van het vak. "Dat deel van het werk heeft me altijd gefascineerd. Ik draag meerdere culturen met me mee en probeer nieuwsgierig naar dingen te kijken."

Michelle Sprockel is geboren en getogen op Curaçao en is op haar 18e naar Nederland gekomen om te studeren. De opleiding geneeskunde volgde ze aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, waar ze in 2009 afstudeerde. Vervolgens specialiseerde zij zich tot dermatoloog aan het Erasmus MC in Rotterdam, waar ze in 2016 haar diploma behaalde. Inmiddels is ze al jaren verbonden aan het Dijklander ziekenhuis als dermatoloog, met als supra specialisatie Mohs' micrografische chirurgie. Deze techniek is gericht op het behandelen van huidkanker en daarbij direct controleren of het kankerweefsel volledig verwijderd is, als ook de wond zo netjes mogelijk te sluiten.

Betere basiskennis

De aanleiding van de Summer School Huidkanker Q&A van afgelopen augustus, is het feit dat huisartsen soms wat onzeker zijn over hun eigen kennis en kunde op het

gebied van patiënten die bij hen komen met 'vlekjes' op de huid. "Waarbij ik eigenlijk direct ook wil benadrukken dat een huisarts op dat psychosociale gebied meteen al een heel grote rol kan spelen", zo zegt Sprockel. "Zij hebben een langdurige relatie met mensen, kennen doorgaans hun verleden en thuissituaties en zij zijn bij uitstek in staat om de patiënt als geheel te zien."

'Wij delen graag onze kennis en zo kunnen we als team de patiënt het beste helpen'

Ook op het gebied van (herkenning van) huidkanker en behandeling kan de huisarts een grote rol spelen, zo stelt ze. "Een op de vijf mensen krijgt op vroegere of latere leeftijd te maken met een vorm van huidkanker. Veertig procent van de patiëntencasus in de huisartsenpraktijk is dermatologisch gerelateerd. In de opleiding voor huisartsgeneeskunde wordt er weinig tot geen tijd aan nascholing dermatologie besteed. Dat vind ik jammer, want ik merk dat er wel een wens is voor nascholing hierin. Toch is er wel een kentering gaande en je ziet met name jonge huisartsen meer geïnteresseerd raken. Die spreek ik tijdens nascholingen of online webinars en daar ontstaat dan vaak een heel enthousiaste dynamiek. Je merkt op dit moment dat huisartsen graag onderwijs volgen op dit gebied en dat stages in de dermatologie populair zijn. Het contact met deze huisartsen blijft vanuit de dermatologen vaak bestaan, wat bijdraagt aan een betere basiskennis en samenwerking in de praktijk."

Aandacht voor de huid

De (hernieuwde) aandacht komt deels ook doordat er in de breedte meer aandacht komt voor een gezonde huid. Mensen zijn zich steeds meer bewust van het feit dat ze goed moeten smeren voor ze de zon in gaan en besteden daarnaast meer aandacht aan het



hebben van een gezonde huid. Routinematig gebruik van zonnebrandcrème en verzorgingsproducten wordt steeds belangrijker gevonden en dus ook steeds meer meegenomen in de dagelijkse verzorging, ook onder mannen. "Je ziet op sociale media als TikTok dat het echt leeft, ook bij influencers die waarschuwen voor de gevaren van te lang in de zon zitten of voor bepaalde vlekjes. Dat is ergens heel fijn, maar de keerzijde is dat er ook veel verkeerde informatie rondgaat. Het is dus goed als je die als huisarts kunt ondervangen."

Hoewel de interesse toeneemt, blijft het herkennen van verdachte plekken op de huid soms lastig door het gebrek aan ervaring. Al verschilt dat enorm per regio, zo vertelt Sprockel. "Onlangs deed ik een nascholing in Zeeland en daar merkte je dat je huisartsen niet uit hoeft te leggen wat huidkanker is of hoe het eruit ziet. Logisch, in een regio waar mensen veel buiten zijn en veel op het strand te vinden zijn. Kom je bijvoorbeeld in een meer stedelijke

setting, is de populatie volledig anders en dan merk je dat er relatief minder mensen met vlekjes op hun huid naar de huisarts gaan. Dit maakt patroonherkenning voor sommige huisartsen moeilijker, dus men herkent mogelijke huidkanker toch een stuk minder snel, of vindt het in ieder geval lastiger."

'Word vrienden met je dermatoloog!'

Kennis delen

De technologische ontwikkelingen gaan echter snel, er zijn apps als SkinVision waarmee patiënten zelf hun huid kunnen scannen en AI-algoritmes het advies geven

om al dan niet naar de huisarts te gaan. “Toch zijn deze algoritmes nog niet goed genoeg om de dermatoloog te vervangen, vooral bij het onderscheid tussen gepigmenteerde en niet-gepigmenteerde plekken”, zo zegt Sprockel. “Maar je merkt dat huisartsen dat verschil ook nog niet altijd goed genoeg zien en daar soms wat onzeker over zijn. Daarom wil ik nogmaals het belang van een actieve samenwerking tussen dermatoloog en huisarts onderstrepen. Tijdens nascholingen zeg ik dan ook vaak enigszins gekscherend ‘word vrienden met de dermatoloog’, maar er zit een kern van waarheid in die uitspraak. Ik denk dat ik namens de collega's in Nederland spreek dat wij daar als vakgroep enorm voor open staan. Samen weet je gewoon meer. Wij delen graag onze kennis en zo kunnen we als team de patiënt het beste helpen.”

Niet bang voor ‘fouten’

Dat laatste is ook het geval bij bijvoorbeeld de behandeling van actinische keratose. Daar werden tijdens de Summer School Huidkanker Q&A dan ook diverse vragen over gesteld. Een veel voorkomende vraag van huisartsen is of een plekje een actinische keratose of huidkanker betreft. “Het verschil kan lastig te zien zijn, vooral omdat een actinische keratose in zeldzame gevallen kan ontaarden in plaveiselcarcinoom. Ook vraagt men regelmatig hoe om te gaan met een solitaire actinische keratose. Dat is prima met stikstof te behandelen, maar je hoort nog weleens dat hier wat onzekerheid is om een fout te maken. Huisartsen hoeven in beide gevallen helemaal niet bang te zijn om iets ‘fout’ te doen. Je kan gewoon die behandeling doen en indien een plek na behandeling met stikstof terugkeert, is dat een reden om door te verwijzen of een biopt te nemen.”

“Al moet ik ook zeggen dat het vaak verstandig is om een veldbehandeling toe te passen. Hoewel je soms ‘maar’ één plekje ziet, komt zonneshade doorgaans niet op één plek voor. Zonneshade is veelal over het hele huidgebied verspreid, zo’n plekje is het spreekwoordelijke topje van de ijsberg. Een voordeel van een veldbehandeling is dat ook de niet-zichtbare, onderliggende schade wordt aangepakt. De effecten van zo’n veldbehandeling – zeker in het gezicht – komen soms niet altijd uit. Bijvoorbeeld als er bij iemand op de korte termijn een belangrijke gebeurtenis in het verschieft ligt en diegene er ‘mooi’ uit wil zien. Het blijft dus zaak om persoonlijke afwegingen te maken op basis van de wensen van iedere patiënt.”

Alternatief voor cryotherapie

Een middel dat voor een veldbehandeling in plaats van cryotherapie kan worden ingezet is 5% 5-FU crème en ook hier zijn tijdens de Summer School Huidkanker Q&A vragen over gesteld. “Ook hier heeft het zin om het hele zonbeschadigde gebied te behandelen, niet alleen de zichtbare plekken. Uit onderzoek blijkt dat

‘Een voordeel van een veldbehandeling is dat ook de niet-zichtbare, onderliggende schade wordt aangepakt’

veldbehandeling met 5% 5-FU crème effectiever is op de lange termijn dan andere middelen. Het herstel en de kans op littekenvorming verschillen per behandeling en per middel, maar mijn ervaring is dat 5% 5-FU crème visueel in eerste instantie soms wel sterk reageert, maar uiteindelijk een mooier herstel geeft dan stikstof, dat bij te diep behandelen kan leiden tot verkleuring of littekenvorming. Maar in alle gevallen zou ik een huisarts adviseren om de keuze voor de soort behandeling af te laten hangen van de locatie op het lichaam, de praktische haalbaarheid en de wensen van de patiënt.”

Wat betreft die praktische haalbaarheid is een hardos bijvoorbeeld een mogelijk obstakel. “Deze crème kan ook op een behaarde hoofdhuid worden aangebracht, maar het aanbrengen is lastiger en het kan tijdelijk haarverlies veroorzaken. Dit is echter niet blijvend. Toch is er bij afwijkingen op de hoofdhuid vaak wel wat meer aan de hand als de patiënt een volle hardos heeft. Want doorgaans is bij een dikke bos haar de kans op actinische keratose kleiner, omdat het haar een natuurlijke bescherming biedt tegen zonlicht.”

Sprockel stelt dat ze merkt dat dit soort vragen die worden gesteld voortkomen uit enige onzekerheid die er is als er een relatief nieuwe behandeling als deze wordt ingezet. “Ik krijg ook vaak de vraag wanneer en hoe vaak de behandeling herhaald mag worden bij nieuwe plekken, en dat hangt natuurlijk volledig van de patiënt af. En je merkt dat men soms ook wel schrikt van het visuele effect van behandelingen zoals 5%-FU crème bij patiënten, zeker in het gezicht. Dat kan soms heftig kan zijn, maar dat trekt weer weg. Sommige huisartsen die ik spreek kunnen daardoor ook wat onzeker worden over de behandeling. Maar met ervaring en overleg groeit het zelfvertrouwen. Daarom zeg ik het gewoon nog een keer, word vrienden met je dermatoloog! Neem contact op, deel kennis en groei samen, om er met elkaar voor te zorgen dat je patiënt goed in zijn vel komt te zitten.”



Preventie pretentie

Tijdens de talloze discussies over de vraag hoe wij de zorg in Nederland betaalbaar kunnen houden, valt het mij op dat vriend en vijand het over één zaak altijd hartgrondig met elkaar eens zijn: er moet met nog meer energie en geld aan preventie worden gedaan. Daar waar de verschillende werelden van onze zorgelanden elkaar vaak moeilijk weten te vinden, brengt het thema preventie ons harmonie, vrede en eensgezindheid! We reiken elkaar de hand, knikken vriendelijk en instemmend naar elkaar en we kijken met een serieus gezicht naar de vermeend belangrijkste pijler die redding moet brengen aan ons verder failliete zorgsysteem.

Zonder enige pretentie richting al onze preventie-ambities durf ik de stelling aan dat wij ten aanzien van preventie het paard helaas vaker achter dan voor de wagen spannen! Het beroemde RIVM-rapport uit 1997 over de toekomst van onze zorg waarschuwde ons hier al voor, maar zoals wel vaker viel dit rapport een klassiek 'not invented here' ten deel.

De kruistocht van Erik Scherder in de podcast 'Rennen op de gang' is dan ook de bittere waarheid. Zijn strijd om structurele aanpassingen in ons onderwijssysteem door te voeren, is het startpunt voor preventie in de zorg en een gezondere generatie. Het is niet zo dat wij met onze overbelaste agenda's middels een intensief preventieprogramma de zorg kunnen redden. Goed sport- en muziekonderwijs op de basisschool is de sleutel waar toekomstig preventiebeleid op moet gaan drijven.

Laatst stond ik in Burgh-Haamstede naar een Dikke Banden Race voor kinderen te kijken. De organisatie had kosten noch moeite gespaard om zoveel mogelijk kinderen van de campings te plukken, om op een mooie zaterdagmiddag een

wedstrijdje tegen elkaar in het centrum van dit pittoreske dorp te fietsen. Het resultaat: 8 dappere deelnemers en 20 enthousiaste ouders. Ik zeg even niets!

Zolang Max Verstappen en Wout van Aert met Red Bull op hun helm hun rondjes rijden, pretparken voor tien euro de hele dag onbeperkt gratis frisdrank aanbieden en fastfoodketens hun naam verbinden aan grote sportevenementen en tehuizen waar families van doodzieke kinderen kunnen verblijven, is en blijft er structureel iets mis en binden we het paard achter de wagen.

'Ten aanzien van preventie spannen we het paard helaas vaker achter dan voor de wagen'

Nu ben ik er zelf zeer recentelijk bij het bevolkingsonderzoek naar darmkanker uitgepikt. Gelukkig was alles goed en stelde het naargeestige onderzoek mij in alle opzichten gerust. Toch was dit staaltje preventieve geneeskunde een vreemde confrontatie met een nieuw stukje realiteit. Wat heeft deze preventieve screening mij en de maatschappij nu eigenlijk opgeleverd? In de maand van de positieve test tot de gunstige uitslag lag mijn bloeddruk bijna 25 procent hoger dan normaal, zei mijn smartwatch dat ik slecht sliep en kon ik mijn lamgeslagen persoon niet motiveren om in beweging te komen.

Ondanks dat ik gruwelijk blij ben met de uitslag, word ik nog blijer van het feit dat ik weer zonder enige pretentie aan mijn eigen preventie kan gaan werken!

Frans-Joseph Sinjorgo treedt regelmatig op als dagvoorzitter tijdens diverse eerstelijnszorgbijeenkomsten en congressen. Momenteel is hij ook actief op het terrein van drug rediscovery.



Kijk op www.huisarts-nascholing.nl voor een compleet overzicht van nascholingen voor zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk.



KERSTNASCHOLING KEULEN (10e EDITIE)

Nascholing | 12 punten | vanaf € 995,- |
10 t/m 13 december 2026 | Hotel Maritim Köln

Onder leiding van voorzitter em. prof. dr. Jos Schols wordt er onderwijs gegeven door vier zeer bevoegde sprekers op het gebied van ouderengeneeskunde. Daarnaast kun je in deze kersttijd genieten van één van de grootste en bekendste kerstmarkten van Duitsland. De perfecte combinatie van scholing en ontspanning. Partners zijn ook welkom!

STEDELIJKE BIJeenKOMST GEZOND LEVEN MAKKELIJK MAKEN

Congres | Accreditatie in aanvraag | Gratis
| donderdag 8 oktober 2026 | 14:00 - 17:00 |
Amsterdam

Toegankelijke en begrijpelijke zorg en welzijn begint bij de keuzes die we samen maken. Tijdens deze bijeenkomst leer je wat werkt in de praktijk, welke obstakels en successen anderen hebben ervaren en hoe je zelf stappen kunt zetten om meer impact te maken.

OPIOÏDEN IN BEELD: EEN PASSENDE PIJNBEHANDELING

E-learning | 1,5 punten | € 508,-

In deze e-learning vertellen dr. Megan Roerink internist in opleiding en prof. dr. Kees Kramers internist klinisch farmacoloog je meer over het werkingsmechanisme, de farmacologie en de bijwerkingen van opioïden. Ook komen de actuele NHG-Standaard Pijn, het inschatten van verslavingsrisico's en het vormgeven van een verantwoord afbouwtraject aan bod.

CASUÏSTIEKBESPREKING OVERGANG SPREEKuur

Nascholing | 4 punten | € 295,- | woensdag 25
november 2026 | 09:00 - 13:00 | Online

Hercertificering voor Overgang Spreekuur Ondersteuner Huisartsen met een eigen spreekuur. In deze online bijeenkomst gaan deelnemers, onder begeleiding, met elkaar in gesprek over casuïstiek die ze hebben meegemaakt en waar ze een vraag over hebben.

VROUW EN LEIDERSCHAP

Congres | Accreditatie in aanvraag | € 499,- |
dinsdag 1 december 2026 | 09:00 - 15:45 | Utrecht

Steeds meer vrouwen vervullen leidinggevende posities in de zorg. Tegelijkertijd ervaren veel vrouwen nog altijd dat zij zich vaker moeten bewijzen, minder vanzelfsprekend ruimte innemen en anders worden beoordeeld dan mannen. Tijdens het congres Vrouw En Leiderschap laten leiders, bestuurders en experts zien hoe je steviger positie inneemt, meer invloed creëert en leidinggeeft vanuit kracht en verbinding.

NIEUWE PERSPECTIEVEN OP MENTALE GEZONDHEID

Webinar | 2 punten | Gratis | maandag 12
oktober 2026 | 19:30 - 21:00 | Online

In dit gratis webinar nemen Wico Mulders en Floortje Scheepers je mee van herkenning naar reflectie en uiteindelijk naar een breder handelingsperspectief in de mentale gezondheidszorg. Op basis van epidemiologische data en rapporten wordt zichtbaar hoe welzijn onder druk staat, ondanks welvaart en hoe sociale relaties hierin een sleutelrol spelen.

Huidkankerpreventie en AI huidkankerapps: wat huisartsen nú kunnen inzetten

AI huidkankerapps worden steeds vaker gebruikt door patiënten die zich zorgen maken over een plekje. De technologie ontwikkelt zich snel en kan helpen bij vroegtijdige herkenning. Tegelijkertijd ontbreekt grootschalig implementatieonderzoek in de huisartsenpraktijk. Een andere uitdaging is dat huisartsen gemiddeld tien huidplekjes moeten beoordelen voordat er één plekje tussen zit dat uiteindelijk huidkanker blijkt te zijn.

Potentie: bewustwording en vroegsignalering

AI apps zoals SkinVision kunnen patiënten helpen om sneller een plekje te beoordelen. Dat kan onnodige ongerustheid wegnemen of juist stimuleren dat iemand tijdig contact opneemt met de huisarts. SkinVision werkt continu aan verbetering van de technologie, onder meer via klinische validatie en samenwerking met dermatologen.

AI prestaties in context

In een onderzoek van Erasmus MC en het Albert Schweitzer ziekenhuis bekeken prof. dr. Wakkee (hoogleraar dermatologie) en collega's hoe AI huidkankerapps presteren bij plekjes die dermatologen zélf al verdacht vonden.

In zo'n groep is de kans op huidkanker veel hoger dan gemiddeld, waardoor fout positieve meldingen sneller voorkomen. Juist daarom is het opvallend dat de app in deze moeilijke setting nog steeds een specificiteit van 70,4 procent haalt en 45,5 procent bij de plekjes die door dermatologen nader onderzocht werden.

Wat een ander onderzoek van Wakkee vooral laat zien, is dat AI technologie het beste werkt wanneer mensen al weten welke plekjes mogelijk verdacht zijn. Als iemand namelijk elke moedervlek op de huid scant, volgt er bijna gegarandeerd een fout positieve melding. Gerichter gebruik, alleen scannen wat écht verandert of verdacht lijkt, maakt de technologie effectiever en voorkomt onnodige onrust.

Dermatoloog en onderzoeker Marlies Wakkee: "De diagnostische nauwkeurigheid is veelbelovend, maar het is belangrijk dat we deze technologie gepast inzetten. We hebben implementatieonderzoek nodig om te begrijpen wat grootschalige inzet betekent voor het zorggebruik."



Geen AI, wel handig hulpmiddel: de HPK

Patiënten vinden het lastig om te herkennen wanneer een plekje verdacht is. De ABCDE-regel helpt daarbij, maar is voor veel mensen niet vanzelfsprekend. Daarom heeft het Nationaal Huidfonds, in samenwerking met dermatologen en huidtherapeuten, de HPK ontwikkeld. Deze Huidkanker Periodieke Kuring (HPK) helpt mensen met de ABCDE-regel en stimuleert het kijken naar de huid voor verdachte plekjes. Patiënten ontvangen een kaart en checklist waarmee ze hun huid systematisch bekijken en veranderingen bijhouden. De HPK is geen diagnostisch instrument, maar een handig hulpmiddel om verdachte plekjes te herkennen. Daardoor kunnen zij AI apps zoals SkinVision gerichter en effectiever gebruiken, zoals Wakkee adviseert.

Vraag gratis QR-display aan

Huisartsen kunnen kosteloos een HPK QR-display aanvragen bij het Nationaal Huidfonds. Door het display zichtbaar in de praktijk te plaatsen, kunnen patiënten eenvoudig hun HPK aanvragen en thuis aan de slag met regelmatige huidcontrole. Zo wordt bewustwording laagdrempelig onderdeel van de dagelijkse praktijk. Mail naar info@huidfonds.nl voor een gratis display.



BijsluiterPlus

Uw toegang naar betrouwbare geneesmiddelvoorlichting

BijsluiterPlus.nl maakt alle betrouwbare medicijninformatie sneller vindbaar, toegankelijk en uitwisselbaar. Voor zorgverlener en patiënt.



Met één login alle voorlichtingsinformatie per geneesmiddel in één overzicht op één pagina direct in beeld. Voor alle geneesmiddelen. Met één klik papierloos te delen met de patiënt zodat deze thuis informatie en instructies rustig kan bekijken. 24/7, zonder reclame en door geavanceerde data-technologie altijd up-to-date.

Heeft u het gemak van Bijsluiterplus voor de dagelijkse zorgpraktijk ook al ontdekt? Bijvoorbeeld voor GLP-1 agonisten zoals liraglutide en semaglutide, een nieuwe geneesmiddelgroep die een belangrijke plaats inneemt in de behandeling van obesitas en DM2.

Op BijsluiterPlus vindt u op één pagina onder meer:

- De instructievideo's, met de bijbehorende instructie- en informatiebrochures
- Productinformatie
- De Kijksluiter
- Alle specifieke informatie op thuisarts.nl, Lareb, Farmacotherapeutisch Kompas
- Artsenverklaringen
- Verwijzing naar de obesitas en diabetes patiëntenorganisatie
- Voor zorgverleners toegang tot het platform voor behandelen.

Verrijk en ondersteun uw consult en instructie met de informatie op BijsluiterPlus! Scan de QR-code of ga naar account.bijsluiterplus.nl en maak direct een account aan zodat u alle voorlichtingsinformatie direct zelf kan raadplegen én kan ontsluiten voor uw patiënt.



Ondersteuning bij (griep)vaccinatie

MedWay Home ondersteunt huisartsenpraktijken bij het vaccineren van patiënten

- Met een team van meer dan 400 verpleegkundigen
- In heel Nederland
- Op verschillende locaties zoals in de huisartsenpraktijk of bij de patiënt thuis

De praktijk houdt de regie & bespaart kosten, MedWay Home zorgt voor de praktische uitvoering!

Meer weten?

Scan de QR-code en stuur een bericht



MedWay | Home

Nieuw bij HuisartsenService: HAS Praktijkanalyse

Van data naar concrete inzichten in lijn met actuele NHG-Richtlijnen

Kernvragen binnen jouw huisartsenpraktijk

De HAS Praktijkanalyse (DM2) helpt je om antwoord op kernvragen binnen de huisartsenpraktijk te krijgen door middel van objectieve data-analyse:

- **Hoe doen wij het?** Inzicht bieden in de dagelijkse praktijkvoering door analyse van praktijkdata
- **Wat kan jij hiermee?** Direct overzicht van aandachtspunten en vergelijking met de landelijke benchmark voor kwaliteitsverbetering
- **Welke patiënt identificeren we?** Specifieke patiëntgroepen met Diabetes Mellitus type 2 waarbij van de actuele NHG-Richtlijn¹ wordt afgeweken.

¹ NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 (2026)

✓ In de praktijk

Deelname* biedt inzicht in de mate waarin de geleverde diabeteszorg binnen de praktijk aansluit bij de NHG-Richtlijn.

De MedWay Researchmanager voert een diepgaande analyse uit van o.a. gezondheidsindicatoren, comorbiditeiten en patiëntkenmerken van de Diabetes Mellitus type 2 populatie uit het HIS of ketenzorgsysteem, conform de geldende privacywetgeving.

* Deelnemende praktijken ontvangen een analyserapport van de bevindingen, inclusief aanbevelingen voor de praktijk.



Regionale Benchmark

Vergelijk jouw praktijkresultaten met de regio:

- Implementatiegraad van NHG-Richtlijnen in de eigen regio
- Inzicht in regionale trends en speerpunten

Landelijke Benchmark

Objectieve landelijke referentiekaders:

- Inzicht in geanonimiseerde landelijke cijfers
- Wetenschappelijke onderbouwing van het eigen beleid

Doe mee met HAS Research

Meld je eenvoudig aan voor één van onze HAS Research activiteiten:

HAS Panel

BESTAAND

Ontvang een aantal keren per jaar een korte enquête over verschillende actuele onderwerpen in de huisartsenzorg.

HAS Praktijkanalyse

NIEUW!

Diepgaande analyse van praktijkdata op basis van NHG-Richtlijnen door MedWay Researchmanager. Inzicht in eigen data, kansen voor kwaliteitsverbetering en onderbouwing van praktijkbeleid.



Scan de QR-code of stuur een e-mailbericht naar info@huisartsenservice.nl

Het onderzoek is volledig onafhankelijk en heeft geen betrekking op het voorschrijven van specifieke geneesmiddelen.

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

**Deze pagina is alleen beschikbaar in de printversie
van het HuisartsenService magazine**



HuisartsenService

info@huisartsenservice.nl | 033-2471177

www.huisartsenservice.nl

HuisartsenService Kennis- en Praatkaarten

Voor het ondersteunen van zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk

Ken jij onze Praat- en Kenniskaarten al?

Inmiddels bieden wij meerdere ondersteunende kaarten voor zorgprofessionals in de eerstelijns, en zijn we druk bezig met het ontwikkelen van nieuwe materialen.

Praatkaart

Een praktisch handvat om het gesprek aan te gaan met de patiënt over een bepaalde indicatie of behandeling.

Kenniskaart

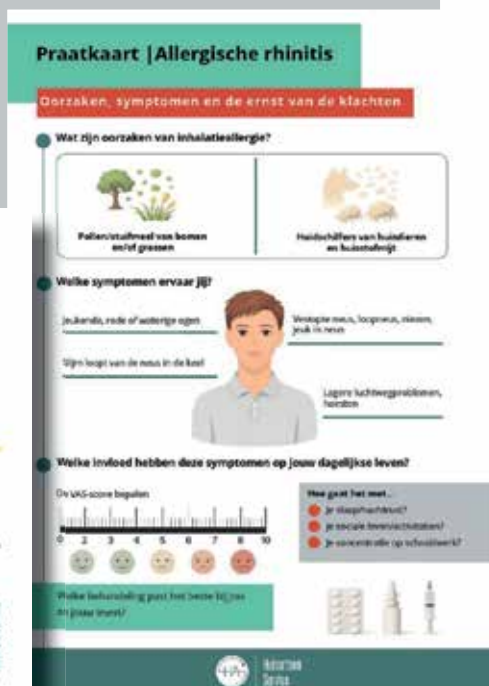
Gebundelde informatie voor zorgprofessionals over een bepaalde indicatie of behandeling, met een QR-code naar de betreffende NHG-richtlijn

Denk met ons mee!

Over welk onderwerp (indicatie of behandeling) zou jij graag een kaart ontvangen?

Stuur je idee naar info@huisartsenservice.nl

Mede ontwikkeld door Prof. dr. Klara Mosterd
Dermatoloog



Mede ontwikkeld door Dr. Jack Beck
Uroloog

Registreer je gratis en
vrijblijvend en ontvang
informatie over onze (nieuwe)
materialen!



Huisartsen
Service